



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Pismo osób dotkniętych schizofrenią - aspekty kryminalistyczne

Author: Tomasz Szerszeń

Citation style: Szerszeń Tomasz. (2014). Pismo osób dotkniętych schizofrenią - aspekty kryminalistyczne. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet Śląski w Katowicach
Wydział Prawa i Administracji

PRACA DOKTORSKA

Tomasz Szerszeń

PISMO OSÓB DOTKNIĘTYCH SCHIZOFRENIĄ – ASPEKTY KRYMINALISTYCZNE

Praca napisana
w Katedrze Kryminalistyki
pod kierunkiem
prof. dr hab. Tadeusza Widły

Katowice 2014

Spis treści

WSTĘP.....	4
ROZDZIAŁ I. SCHIZOFRENIA.....	9
1. KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.	10
2. POGLĄDY NA SCHIZOFRENIĘ W UJĘCIU HISTORYCZNYM.	11
3. ROZPOZNANIE, KLASYFIKACJE I FORMY SCHIZOFRENII.....	17
4. POSTACIE SCHIZOFRENII.....	28
5. ETIOLOGIA SCHIZOFRENII.....	33
6. OBJAWY SCHIZOFRENII.....	61
7. PRÓBA SYNTETY.....	100
ROZDZIAŁ II. SCHIZOFRENIA JAKO CHOROBA PSYCHICZNA I ZNACZENIE TEGO STANU W STOSOWANIU PRAWA	107
1. KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.	108
2. PRAWO CYWILNE.....	109
2.1. PRAWO SPADKOWE.....	117
2.2. PRAWO RODZINNE.....	133
3. PRAWO KARNE MATERIALNE.....	142
4. OPINIOWANIE SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE W POSTĘPOWANIU KARNYM.	171
5. EKSPERTYZA DOKUMENTÓW SPORZĄDZONYCH PISMEM RĘCZNYM.....	189
ROZDZIAŁ III. PATOLOGIA PISMA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PISMA SCHIZOFRENIKÓW.....	215
1. ASPEKT NEUROBIOLOGICZNY PROCESU PISANIA.....	216
2. KSZTAŁTOWANIE SIĘ CECH OSOBNICZYCH W PIŚMIE RĘCZNYM.....	224
3. PATOLOGIA PISMA.....	230
4. PISMO SCHIZOFRENIKÓW.....	242
5. PATOLOGIA JĘZYKOWA W SCHIZOFRENII.....	251
6. WPŁYW NEUROLEPTYKÓW NA OBRAZ PISMA RĘCZNEGO.....	270
7. PRÓBA SYNTETY.....	284
ROZDZIAŁ IV. MATERIAŁ BADAWCZY.....	288
1. ZMIENNE - KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.....	289
2. ZMIENNE W PRZEDMIOTOWYCH BADANIACH.....	290
3. ZESTAWIENIE GŁÓWNYCH ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH.....	294
4. CHARAKTERYSTYKA ZMIENNYCH.....	298
5. PRÓBK I PROBANC I.....	305
ROZDZIAŁ V. BADANIA	311
1. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ.....	312
2. PRZEBIEG BADAŃ.....	318
3. TABEL E WYNIKÓW.....	320

ROZDZIAŁ VI. WYNIKI BADAŃ I ICH DYSKUSJA.....	379
1. ZESTAWIENIE WYNIKÓW.	380
2. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ.	386
2.1. STRUKTURA PISMA.	386
2.1.1 NACHYLENIE PISMA.	386
2.1.2. WYSOKOŚĆ PISMA.....	386
2.1.3. SZEROKOŚĆ PISMA.	387
2.1.4. DŁUGOŚĆ MAJUSKUŁ.....	387
2.1.5. DŁUGOŚĆ TRZONÓW NADLINIJNYCH.	388
2.1.6. DŁUGOŚĆ TRZONÓW PODLINIJNYCH.....	388
2.2. TOPOGRAFIA PISMA.	389
2.2.1. BUDOWA WSTĘGI (LINII PODSTAWOWEJ WIERSZA).	389
2.2.2. LINIA WYRAZU.....	390
2.2.3. ODSTĘPY.....	392
2.3. FORMA ZNAKÓW.....	393
2.3.1. MODELUNEK OWALI	393
2.3.2. MODELUNEK TRZONÓW.....	395
2.3.3. MODELUNEK POLIGRAMM.....	397
2.3.4. MODELUNEK WIĄZAŃ.....	398
2.2.5. MODELUNEK ZNAKÓW DIAKRYTYCZNYCH.....	403
2.4. CIAGŁOŚĆ PISMA.	406
2.4.1. IMPULS PISMA.....	406
2.4.2. PRZERWA PO NAKREŚLENIU LITERY ZE ZNAKIEM DIAKRYTYCZNYM.....	406
3. CECHY PISMA RĘCZNEGO CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ.	407
4. ASPEKT NEUROLOGICZNY I PSYCHIATRYCZNY WYPOWIEDZI NA PIŚMIE.	420
5. PODSUMOWANIE.	435
BIBLIOGRAFIA	448
ORZECZENIA SĄDOWE.....	473
WYKAZ TABEL.....	478
ANEKS	481

Wstep

Język pisemny stanowi jeden z najbardziej rozwiniętych przejawów działalności mózgu, sam zaś akt pisania należy do jednej z najbardziej złożonych czynności neuropsychicznych, w której bierze udział ogromna ilość różnorodnych determinantów natury psychiczno-somatycznej. W trakcie pisania zaangażowany jest m.in. układ korowo-mózgowy, nerwowy, kostno-ruchowy, naczyniowy, czuciowo-zmysłowy czy miękkie struktury nawierzchni. Jednocześnie pismo jako czynność psychomotoryczna indywidualizuje człowieka i wykazuje silny związek z psychiką piszącego. Tym samym stanowi ono odbicie anomalii i uszkodzeń zarówno mechanizmów mózgowych i układu nerwowego, biorących udział w pisaniu, jak i patologicznych zmian psychicznych osobowości ludzkiej. Pismo jawi się więc jako przejaw kompleksowej działalności psychofizycznej piszącego, stanowiące jego projekcję osobowości.

Mając powyższe na uwadze, badacze reprezentujący medycynę, psychiatrię i kryminalistykę, podjęli badania korelacji występujących pomiędzy szeroko pojętym stanem zdrowia psychicznego i somatycznego człowieka a obrazem pisma ręcznego chorych (grafizmu, treści i języka). O ile przedstawiciele nauk medycznych w głównej mierze są zainteresowani badaniami pisma jako jedną z metod diagnozowania czy też potwierdzenia bądź wykluczenia już postawionej diagnozy, o tyle kryminaliści badaniom pisma nadają przede wszystkim walor identyfikacyjny, tj. zidentyfikowania osoby piszącego na podstawie nakreślonego tekstu. Pokłosiem powyższych badań są opracowania wskazujące na wpływ różnorodnych czynników patologicznych na obraz pisma.

Z potrzebą przeprowadzenia badań pisma ręcznego schizofreników eksperci pisma spotykają się stosunkowo często. W praktyce karno – sądowej często zachodzi podejrzenie istnienia u danej osoby zaburzeń psychicznych i w związku z tym zarządza się zbadanie jej zdrowia psychicznego. Rozpoznanie choroby psychicznej nie zawsze jest rzeczą łatwą. Stąd wynika bezcenna wartość pisma dla ekspertyz sądowych. Nadto niejednokrotnie zdarzyć się może, iż w postanowieniu o powołaniu biegłego z zakresu badań pismoznawczych organ procesowy konstruuje pytania związane z problematyką pisma patologicznego, a dotyczące np. stwierdzenia, czy autorem rękopisu mogła być osoba chora psychicznie. Problem

zyskuje na znaczeniu jeżeli zważywszy, że choroby psychiczne stanowią najszerszą grupę przyczyn powodujących wyłączenie poczytalności u sprawcy czynu zabronionego, a co za tym idzie, wyłączenie jego winy. W grę wchodzi także przypadki pojawienia się tzw. „psychozy więziennej” pod wpływem samego faktu uwięzienia, czy też wystąpienia choroby psychicznej u skazanego w czasie odbywania kary. W praktyce niejednokrotnie zachodzi również konieczność naświetlenia osobowości sprawcy przestępstwa. W tych wszystkich przypadkach analiza pisma może mieć pomocniczą wartość diagnostyczną w ocenie stanu psychicznego człowieka.

Powyższe obliguje do dokonania ustaleń, w jakim stopniu zaburzenia psychiczne wpływają na ogólny obraz pisma ręcznego i jego poszczególnych cech. Wybór za przedmiot badań schizofrenii nie był przypadkowy. W praktyce często zdarza się, że dokumenty sporządzają osoby dotknięte tym schorzeniem. Wynika to z powodu relatywnie wysokiego ryzyka zachorowania w ciągu życia na psychozę schizofreniczną, które szacowane jest na ok. 1%, występowaniem choroby we wszystkich geograficznych i kulturowych regionach świata, jak również faktem długotrwałego i kompleksowego leczenia. Nadto stanowi ona najczęstszą poważną chorobę psychiczną o nieokreślonej etiologii i różnorodnych symptomach. Co więcej, przestępczość wśród schizofreników jest większa aniżeli w populacji ogólnej, co spowodowane jest m.in. wpływem doznań psychotycznych, takich jak omamy nakazujące, urojenia prześladowcze czy urojenia zazdrości.

Zatem wybór tematu rozprawy został dokonany nie tylko z uwagi na zainteresowania autora, lecz przede wszystkim istotność problemu - możliwość potwierdzenia poddania pisma osób chorych na schizofrenię badaniom identyfikacyjnym oraz ustalenie, czy na podstawie badania pisma ręcznego można stwierdzić jednoznacznie, iż jest to pismo schizofreników. W świetle przedstawionej argumentacji, zdaniem autora, konieczne jest przeprowadzenie w oparciu o właściwie zebrany materiał badawczy analizy wpływu schizofrenii na obraz pisma ręcznego i ustalenie, czy dewiacje w piśmie ręcznym utrudniają kryminalistyczną identyfikację pisma, a co najważniejsze, podjęcie próby ustalenia znamion grafizmu pisma ręcznego schizofreników. Warto zauważyć, iż dostrzega się małą ilość

monografii kryminalistycznych, poświęconych badaniom pisma osób cierpiących na schizofrenię, a te dostępne za bardzo nasycone są piętnem grafologicznym, brakiem obiektywnych kryteriów diagnostycznych, rzadkim stosowaniem grup kontrolnych złożonych z osób zdrowych psychicznie, mało precyzyjnych definicji zmian w grafiźmie i treści pisma chorych, jak również brakiem statystycznej oceny rezultatów badań.

W świetle powyższego, aby chociażby częściowo uzupełnić istniejące braki w literaturze, podjęto niniejsze badania mające za przedmiot wpływ schizofrenii na pismo ręczne. Zgromadzono rękopisy nakreślone przez osoby cierpiące na schizofrenię, co do których lekarze psychiatrzy postawili jednoznaczną diagnozę, a następnie materiał ten poddano (w sposób opisany w *Rozdziale V*) komparatystycznym badaniom z materiałem pochodzącym od osób zdrowych, które to badania uwzględniały elementy graficzne oraz treściowo – językowe. Przeanalizowano rękopisy 30 osób z psychozą schizofreniczną i 30 rękopisów w grupie kontrolnej. Badania empiryczne, w których zastosowano model *ex post facto*, miały odpowiedzieć na następujące kwestie: jakie zmiany zachodzą w obrazie pisma ręcznego chorych na schizofrenię, czy możliwe jest opracowanie przy pomocy metod statystycznych katalogu cech znamienych dla pisma, które nadają grafizmowi postać typową dla schizofreników, jak również czy w samodzielnych wypowiedziach pisemnych osób ze schizofrenią występują fenomeny językowe noszące cechy schizofazji. Istnienie związku pomiędzy cechą pisma a psychozą schizofreniczną mierzone było przy pomocy testu „chi-kwadrat”. Natomiast siła związku danej zmiennej ze schizofrenią określona została przy pomocy współczynnika korelacji „Q” Kendalla. Otrzymane wyniki zostały ujęte w katalogu, a następnie szczegółowo opisane w *Rozdziale VI*.

Przeprowadzenie badań empirycznych zostało poprzedzone wprowadzeniem do problematyki, poprzez przedstawienie w *Rozdziale I* zagadnienia schizofrenii, tj. jej etiologii, patogenezy, kryteriów diagnostycznych i obrazu psychopatologicznego, a w szczególności objawów psychozy, które narażają schizofrenika na konflikt z prawem. Następnie, w *Rozdziale II*, przybliżona została problematyka prawnego

kontekstu rozumienia schizofrenii, na który składa się zarówno znaczenie choroby psychicznej w świetle regulacji prawa karnego i cywilnego (w tym spadkowego i rodzinnego) oraz szeroka problematyka opiniowania sądowo-psychiatrycznego, jak również kolizja osoby cierpiącej na schizofrenię z systemem prawnym. Poruszona została tematyka kryminalistycznej ekspertyzy pisma ręcznego i metod jej przeprowadzania, jak również wartość dowodowa ekspertyzy pismoznawczej i problematyka wystąpienia potencjalnych błędów w takiej ekspertyzie. W ramach omawiania aspektu neurobiologicznego procesu pisania i patologii pisma, w *Rozdziale III* została przybliżona tematyka kształtowania się cech osobniczych w piśmie ręcznym, zależności pomiędzy schizofrenią a pismem ręcznym, patologii językowej w schizofrenii oraz wpływu neuroleptyków na obraz pisma ręcznego.

Autor niniejszej rozprawy żywi nadzieję, że problematyka w niej ukazana, a w szczególności rezultaty badań empirycznych, stanowić będą kolejny krok do poznania obszaru, który w pewnym sensie pozostaje białą plamą w kryminalistycznych badaniach pismoznawczych.

Rozdział I.

Schizofrenia

1. KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.

Schizofrenia. Choroba znana ludzkości od zarania dziejów, najdłużej okryta nimbem tajemniczości oraz aurą otępienia przez moce tajemne, bliżej niezbrane umysłowi człowieka. Jest najczęstszą poważną chorobą psychiczną o nieokreślonej etiologii i różnorodnych symptomach¹. Jej objawy pojawiają się najczęściej w okresie dorastania bądź też wczesnej dorosłości. Wśród mężczyzn początki schizofrenii najczęściej obserwowane są w połowie drugiej dekady życia, lecz choroba może pojawić się nawet u ośmioletnich dzieci; z drugiej strony pierwsze objawy psychozy mogą wystąpić wśród ludzi starszych wiekiem. Schizofrenia występuje równie często wśród populacji kobiet, lecz średnia wieku zachorowania jest nieco wyższa niż wśród mężczyzn, tj. około trzydziestu lat². Choroba charakteryzuje się dezorganizacją funkcji psychicznych, skłonnością do wycofywania się z kontaktów społecznych i międzyludzkich oraz ucieczką w swój własny, intymny, wewnętrzny świat, pełen halucynacji i urojeń. Osoby cierpiące na schizofrenię twierdzą, iż dotyka ona każdego aspektu ich życia: poczucia tego, kim są, ich ciała, myśli i uczuć, codziennych aktywności i otaczających osób; choroba przenika cały świat chorego. Psychoza może dać znać o sobie gwałtownie, bądź też narastać stopniowo. Większość chorych cierpiących na schizofrenię notuje okresy spłycenia objawów do nieomal niezauważalnych, na przemian z występowaniem okresów mocnego nasilenia syndromów choroby. Z uwagi na olbrzymie bogactwo przeżyć chorych, niekiedy nazywana jest chorobą królewską. Jedną z najpoważniejszych przeszkód

¹ Prawdopodobieństwo zachorowania wynosi 0,5 – 1%; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *An Atlas of Schizophrenia*, The Parthenon Publishing Group, Boca Raton, London, New York, Washington, D.C. 2002, str. 5; Ch. D. Frith: *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia (Essays in Cognitive Neuropsychology Series)*, Lawrence Erlbaum Associates, London 1992, s. 4.

² Ch. D. Frith: *op. cit.*, s. 4. W opracowaniu naukowym ABC (*Age, Beginning and Course of Schizophrenia*) wskazano, iż pierwszy epizod psychiatryczny w 63% przypadkach ma miejsce przed 30 rokiem życia, w 17% przed 20 rokiem życia i w 1% przed ukończeniem 10 roku życia. Statystycznie pierwszy epizod psychozy występuje później u kobiet niż u mężczyzn, a różnica wynosi ok. 3-4 lat; Ch. B. Pull: *Diagnosis of Schizophrenia: A Review*, [w:] *Schizophrenia. Second Edition*. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002, s. 10; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 25. Warto też podkreślić, iż w porównaniu z mężczyznami, u kobiet występuje większy udział objawów afektywnych, a odpowiedź na leczenie, przebieg choroby i wynik leczenia są lepsze; J. H. Jenkins: *Schizofrenia jako paradygmatyczny przypadek dla rozumienia podstawowych ludzkich procesów*, [w:] *Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia* (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009, s. 59.

w poznaniu osoby ze schizofrenią jest otaczająca ją atmosfera niezrozumiałości, inności, dziwaczności oraz tajemniczości wszystkiego, co odbieramy w kontakcie z nią. Do dnia dzisiejszego jest niezwykle zagadkowym i tajemniczym schorzeniem, którego zgłębiania przez stulecia podejmowały się całe rzesze psychiatrów – bezskutecznie... Słusznie więc niemiecki psychiatra Kolle określił schizofrenię jako delficką wyrocznię psychiatrii³. Bez wątpienia jednak uznać należy, iż poznawanie psychopatologii schizofrenii wprowadza badacza w najgłębsze warstwy subiektywnego, intymnego życia człowieka.

2. POGLĄDY NA SCHIZOFRENIĘ W UJĘCIU HISTORYCZNYM.

Z pierwszymi opisami domniemanej schizofrenii spotykamy się już w starożytności⁴. Aretajos, lekarz rzymski z II wieku naszej ery, opisywał psychozę odpowiadającą dzisiejszemu pojęciu schizofrenii. Także w Piśmie Św. można znaleźć przypadki odwoływania się do szaleństw oraz opisy wskazujące na przypadki schizofrenii⁵. Przy okazji warto zauważyć, iż jedną z najwcześniejszych teorii wyjaśniających przyczyny chorób psychicznych w ogólności, była koncepcja przedstawiona w roku 1785 przez Tissota, lekarza z Lozanny, wedle której przyczyną sprawczą jest onanizm. Co więcej, teoria ta cieszyła się uznaniem aż do początku XX wieku⁶.

³ A. Kępiński: *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001, s. 200.

⁴ Początkowo Grecy uważali, iż jeśli ktoś popadł w obłąd, to tylko z woli bogów. Później za przyczynę zaburzeń psychicznych (depresji, ołępienia, schizofrenii) uważano serce lub macicę. Ten ostatni organ Grecy uważali także za przyczynę hysterii (stąd też polski termin „macinniczność”). Z kolei wedle Hipokratesa, przyczyną chorób psychicznych miał być nadmiar humorów: czarnej żółci (powodował melancholię) i żółtej żółci (powodował manię). Tak więc choroby psychiczne stanowić miały odmianę chorób somatycznych. Szerzej na temat ewolucji poglądów na temat choroby psychicznej w ujęciu historycznym: M. H. Stone: *Schizofrenia i starsze terminy o zbliżonym znaczeniu - rys historyczny*, [w:] *Schizofrenia*, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006, s. 3.

⁵ Schorzenia te miały być rezultatem kary boskiej lub nawiedzenia przez szatana. Niemniej czasami przypisywane były łasce bożej, przy czym dotyczyło to proroków. Wedle Karla Jaspersa, biblijny prorok i kapłan judzki Ezechiel cierpiał na schizofrenię; R. D. Laing: *Podzielone „ja”*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004, s. 34.

⁶ Na marginesie podkreślić należy, iż wedle tej oryginalnej teorii, stworzonej przez Tissota na kanwie księgi zatytułowanej „Onania, czyli ohydny grzech samopolucji”, wydanej w roku 1710 przez anonimowego księdza, onanizm był przyczyną niezliczonych ilości schorzeń: od zawrotów głowy

Wyjaśnić należy, iż w wiekach wcześniejszych stawiano bardzo ogólnikowe rozpoznania, stosując przy tym niejasne terminy opisujące objawy przedmiotowe i podmiotowe choroby⁷. Co ciekawe, okres średniowiecza charakteryzował się dużą tolerancją wobec stanów odmiennych, zaś „szaleniec” był jednostką tolerowaną. „Wioskowy głupek” począwszy od średniowiecza aż do baroku, choć mający pozycję na uboczu społeczeństwa, był powszechnie wspierany i żywiony, a czasem uznawany za świętego. Dopiero epoka Oświecenia, w której rozum był gwarancją istnienia człowieka, wyklucza „szaleńców”, jako posiadaczy umysłu zmaconego i nieracjonalnego, poza nawias społeczeństwa⁸. E. Shorter na podstawie analizy dostępnych materiałów wysnuł tezę, iż w XIX wieku częstość występowania schizofrenii znacząco wzrosła. Jednocześnie przyjął, iż pierwszy opis choroby przypominającej schizofrenię został dokonany przez Anglika Johna Haslama w roku 1809⁹.

Mało precyzyjne i płynne pojęcia szału i obłąkania (*vesania*) dopiero w drugiej połowie XIX w. zaczęto poddawać pierwszym próbom klasyfikacji. W roku 1852 po raz pierwszy schizofrenia została dokładnie opisana przez belgijskiego psychiatrę Benedicta Morela, który w ten sposób stworzył pojęcie *démence précoce* – otępienie wczesne¹⁰. Co prawda jeszcze w 1859 r. Heinrich Neumann wyraził pogląd o istnieniu tylko jednej choroby psychicznej, tzw. „jednolitej psychozy”, która nie

i padaczki, przez utratę wzroku i impotencję aż po obłąd i śmierć; K. Jankowski: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1975, s. 52-53.

⁷ Tak np. typowym objawem wskazującym na występowanie choroby psychicznej były *heamatomata auris* - wylewy krwi do ucha, zwanym popularnie uchem obłąkanego. W rzeczywistości powstawały one wskutek bicia pacjentów przez obsługę szpitala; E. Shorter: *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005, s. 108.

⁸ A. Burzyńska: *Inny w sztuce*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 131-134. Z drugiej strony warto jednak zauważyć, iż historyczne psychozy średniowiecza były silnie tępięte przez poszukiwaczy czarownic i inkwizytorów, którzy w chorobie upatrywali „roboty demonów i diabła”, oczyszczając chorych paląc ich na stosie; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 111-113.

⁹ E. Shorter: *op. cit.*, s. 77-78. Zjawisko to może wiązać się ze zmianą postrzegania chorób psychicznych w epoce romantyzmu, która umieściła jednostkę w centrum jej własnego świata i zachęcała do swobodnego wyrażania uczuć i emocji. Sami zaś psychiatrzy zaczęli przywiązywać wagę do szczegółowych opisów osób chorych i historii ich życia; M. H. Stone: *op. cit.*, s. 9.

¹⁰ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004, s. 118.

podlega rozbiciu na odrębne jednostki chorobowe¹¹, niemniej już w 1874 r. Karl Kahlbaum, psychiatra i właściciel prywatnej kliniki dla nerwowo chorych w Görlitz, dokonał opisu katatonii oraz *vesania typica*, której cechami charakterystycznymi były występujące omamy słuchowe i urojenia prześladowcze. W roku 1877 uczeń Kahlbauma, Ewald Hecker, scharakteryzował hebefrenię¹².

Pierwszą nowoczesną koncepcję schizofrenii i wyróżnienie jej jako jednostki chorobowej sformułował w XIX wieku wybitny przedstawiciel niemieckiej psychiatrii akademickiej, Emil Kraepelin. Równocześnie był on pierwszym naukowcem, który rozróżnił *de facto* dwie jednostki chorobowe w psychiatrii. Pierwszą, charakteryzującą się tym, iż w obrazie klinicznym dominowało następowanie epizodów zaburzeń i rozstrojów nastroju, na przemian z okresami względnego powrotu do zdrowia i w miarę dobrego funkcjonowania psychicznego, nazwał psychozą maniakalno-depresyjną. Drugą z kolei opisywał jako nacechowaną objawami psychotycznymi takimi jak halucynacje, omamy, zaburzeniami uwagi, której początek jest niezwykle podstępny, często objawiający się w okresie dojrzewania, przebieg przewlekły i postępujący, prowadzący do głębokiego społecznego i funkcjonalnego upośledzenia. Tę nazwał stworzonym przez wspomnianego wcześniej Morela pojęciem „*dementia praecox*” - otępienie wczesne i traktował jako pojedynczy endogenny proces chorobowy, zaczynający się w młodości (stąd nazwa) i nieuchronnie prowadzący do uczuciowego otępienia¹³. W ten sposób zarysował się jednocześnie podział form schizofrenii na paranoidalną (która w istocie swej stanowiła odpowiednik Kahlbaumowskiej, wcześniej wspomnianej *vesania typica*), katatoniczną, hebefreniczną (opisaną wcześniej przez Heckera) i prostą; w przypadku tej ostatniej obraz charakterystyczny dla stanu

¹¹ E. Shorter: *op. cit.*, s. 122.

¹² *Psychiatria kliniczna, części V-VI*, (red.) A. Bilikiewicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, s. 195; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, [w:] *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna* (red.) Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, s. 196.

¹³ Warto nadmienić, iż dopiero w V wydaniu swojego podręcznika psychiatrii, opublikowanego w 1896 r., E. Kraepelin wyróżnił jednostkę nozologiczną pod wskazaną nazwą; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 1; M. Stefan, M. Travis, R.M. Murray: *op. cit.*, s. 8.

zejściowego w postaci otępienia pojawia się już na początku choroby¹⁴. Definiens nowego pojęcia stanowiło więc złe rokowanie, czyli po prostu nieuleczalność¹⁵. Jednakże sam Kraepelin, pomimo wielce pesymistycznego i fatalistycznego sposobu oceny samej choroby jako nieodwracalnie prowadzącej do wskazanego stanu zejściowego (tzw. „złe zejście choroby” - „*vorzeitige Verblödung*”¹⁶), zauważył słabość utworzonej przez siebie definicji, albowiem przykładowo choroba nie zawsze ograniczała się do osób młodych, jak również nie w każdym przypadku kończyła się otępieniem¹⁷. Uznać więc należy, iż Kraepelin patrzył na schizofrenię retrospektywnie, *ex post*, a punktem wyjścia był stan zejściowy - otępienie (*dementia*)¹⁸. Równocześnie Kraepelin stał na stanowisku, iż kliniczne cechy tego zaburzenia spowodowane są przez organiczną chorobę mózgu lub też jego zaburzenia metaboliczne¹⁹.

Właściwe pojęcie schizofrenii stworzył w 1911 r. szwajcarski psychiatra Eugen Bleuler, które to pojęcie nieomal natychmiast wyparło Kraepelinowską definicję *dementia praecox*²⁰. W przeciwieństwie do Kraepelina, Bleuler był zdania, iż schizofrenia uwarunkowana jest raczej przyczynami psychicznymi a nie

¹⁴ A. Kępiński: *Schizofrenia*, s. 12; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 2.

¹⁵ J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004, s. 21.

¹⁶ A. Cechnicki, J. Bomba: *Różne konteksty i co z nich wynika*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004, s. 8.

¹⁷ M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 8.

¹⁸ Innymi słowy, nowa metoda badań wprowadzona przez Kraepelina polegała na obserwacji zejścia choroby psychiatrycznej i różnicowania na tej podstawie jednostek chorobowych. Zaproponowane przez Kraepelina podejście do ujmowania schorzenia można nazwać prognostycznym; J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, s. 21.

¹⁹ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii)*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2005, s. 7. Zważyć bowiem należy, iż o ile w trzecim wydaniu podręcznika Kraepelina z roku 1893 za źródło choroby uznane zostały „predyspozycje psychopatyczne”, to w wydaniu piątym z roku 1896 *dementia praecox* została przez Kraepelina uznana za „zaburzenie metaboliczne”, wymieniane obok psychoz spowodowanych chorobami tarczycy i kłłą układu nerwowego; E. Shorter: *op. cit.*, s. 124. Jako ciekawostkę można podać fakt, iż Kraepelin uważał, że kobiety, dzieci i ludzie prymitywni wyraźnie przejawiają pewne uniwersalne właściwości chorób psychicznych. Kobiety i dzieci, będąc bliżej natury, mają być bowiem bardziej reprezentatywnym obrazem biologicznego organizmu, mogą więc wyrazić chorobę psychiczną w czystszej postaci; R. Lucas: *W kulturze i poza nią: etnograficzne metody interpretowania schizofrenii*, [w:] *Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia* (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009, s. 174.

²⁰ Nowo stworzony termin wywodzi się od greckiego *schizo* - rozłupuję, rozdzieram oraz *fren* - umysł, wola; A. Kępiński: *Schizofrenia*, s. 12.

neuropatologicznymi. Dla Szwajcara rzucające się w oczy i wysoce znamienne symptomy psychozy takie jak złudzenia, halucynacje, dziwaczne zachowanie i katatonia, były traktowane jako objawy, które nazwać można drugorzędnymi czy też tzw. „dodatkowymi” zjawiskami. Bleuler utrzymywał, iż schizofrenia nie jest pojedynczym schorzeniem, które nieuchronnie prowadzi do intelektualnego upadku; rdzeń choroby przejawiać się miał w zaburzeniach kojarzenia w tworzeniu form językowych, zaburzeniach woli i uwagi, niedostosowanym afekcie, ambiwalencji i autyzmie²¹. Innymi słowy, Bleuler nie zaklasyfikował otępienia jako osiowego objawu²², samej zaś schizofrenii nie traktował jako jednej jednostki chorobowej, ale jako grupę schizofrenii („*Gruppe der Schizophrenie*”), z uwagi na wielką różnorodność obrazów klinicznych, podkreślając jednocześnie możliwość odmiennej etiologii i samej patogenezy procesu chorobowego²³. Takie ujęcie było znacznie mniej pesymistyczne, jak również poszerzało radykalnie granice rozpoznawania schizofrenii, począwszy od lekkich stanów charakteryzujących się mało dostrzegalnymi odmiennosćmi (tzw. schizofrenia utajona, będąca reakcją na afektywne przeżycie), aż po stany niezwykle nasilone, głębokie – „katastrofy schizofreniczne”, „defekty schizofreniczne”²⁴. Definiens schizofrenii w ujęciu Bleulera stanowiła więc lista aktualnie spostrzeganych objawów, co dało początek symptomatologicznej tradycji rozpoznawania tego schorzenia²⁵.

Pomimo intelektualnej atrakcyjności przedstawionego przez Bleulera modelu schizofrenii, lepszemu udokumentowaniu badaniami katamnesticznymi oraz dokładniejszemu odzwierciedlaniu różnorodności i zmienności, Bleulerowskie

²¹ M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 8.

²² Za zasadnicze kryterium diagnostyczne schizofrenii uznał on autyzm oraz rozszczepienie, dezintegrację wszelkich funkcji psychicznych, opisywanych za pomocą przedrostków *schizo-*, *para-*, *ambi-*, *dys-*, wskazujących, iż funkcjonowanie psychiczne chorej osoby ulega dezorganizacji, traci spójność, jedność, skuteczność i dostosowanie; J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, s. 21.

²³ A. Kępiński: *Schizofrenia*, s. 12; J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, s. 22; K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 42.

²⁴ J. Wciórka: *Schizofrenia z perspektywy historii i kultury - ile prawdy, ile fałszu, ile złudzeń?*, Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 11; K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 43.

²⁵ J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, s. 22. Dla uczczenia Szwajcara Bleulera i wprowadzenia przez niego właściwej nazwy schizofrenii, niekiedy używa się zamiennie synonimów *morbus Bleuleri* lub *morbus Helvetius*; *Psychiatria kliniczna, części V-VI*, s. 195.

objawy osiowe były niekiedy trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Niezbyt rzetelne, symptomatologiczne kryteria diagnostyczne ułatwiały rozmywanie granic i poszerzanie obszaru schizofrenii²⁶. Niemniej, pomimo występowania dużych rozbieżności poglądów co do samej istoty schizofrenii w psychiatrii, koncepcje Bleulera dotyczące osiowych objawów schorzenia oraz jego wieloczynnikowej etiologii, do chwili obecnej stanowią jeden z głównych czynników konsolidujących różnorakie, często przeciwstawne poglądy na temat tej psychozy. Można to odnieść w szczególności do Stanów Zjednoczonych, gdzie koncepcje Bleulera zdobyły dominującą pozycję, jak również do dawnego Związku Radzieckiego, gdzie rozwijano różnego rodzaju modele schizofrenii, m.in. traktując jako schizofreników ludzi cierpiących na anoreksję czy też przeciwników politycznych²⁷.

Dla Kurta Schneidera diagnoza psychiatryczna opierała się w głównej mierze na klinicznym obrazie choroby. W swojej pracy wydanej w 1950 r. pod nazwą *„Klinische Psychopathologie”* dokonał on rozróżnienia pomiędzy nieprawidłowymi „doświadczeniami” (zaburzenia postrzegania, odczuć, emocji, odruchów i woli) a nieprawidłowym „wyrażaniem się” (zaburzenia języka, pisanie, mimiki i ruchu). W oparciu o powyższe, w roku 1959 Schneider przedstawił listę objawów, których występowanie prowadzić miało do postawienia diagnozy schizofrenii; przy założeniu braku występowania organicznych uszkodzeń mózgu czy też odurzenia narkotykami. Według Schneidera, diagnoza schizofrenii opierać się miała w pierwszym rzędzie na anormalnych „doświadczeniach” chorego, które miały być uznane jako objaw typowy (patognostyczny) schizofrenii²⁸.

²⁶ J. Wciórka: *Schizofrenia z perspektywy historii i kultury - ile prawdy...*, s. 11.

²⁷ M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, str. 9. W tym ostatnim przypadku warto wspomnieć, iż po wypowiedzi premiera ZSRR Nikity Chruszczowa z roku 1959, wedle której *„w ZSRR tylko człowiek chory psychicznie może występować przeciw socjalizmowi”*, szpitale psychiatryczne stały się miejscem izolacji dla przeciwników ustroju radzieckiego, zaś wobec samych dysydentów stworzono „nową” jednostkę nozologiczną, tj. schizofrenię bezobjawową; J. Wciórka: *Schizofrenia z perspektywy historii i kultury - ile prawdy...*, s. 12.

²⁸ Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 3. Przedstawione przez Schneidera objawy, które będą opisane szerzej w dalszej części niniejszej rozprawy, nazywane objawami pierwszego stopnia czy też objawami pierwszorzędowymi, zostały wyróżnione z uwagi na stosunkowo łatwe, pewne, stabilne i nie pozostawiające większych wątpliwości rozpoznanie; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 9.

3. ROZPOZNANIE, KLASYFIKACJE I FORMY SCHIZOFRENII.

Bez wątplenia postawienie właściwej diagnozy jest podstawą i punktem wyjścia skutecznej opieki medycznej. W przeważającej części gałęzi medycyny, lekarze przy stawianiu diagnozy korzystają i opierają się na obiektywnych wynikach badań i testów, czego przykładem może być zdjęcie rentgenowskie, laboratoryjne badania krwi czy też pobranych próbek tkanek etc. Stąd też w innych dyscyplinach medycznych diagnostyka będąca kluczem do ustalenia terapii i rokowania, jest względnie prosta, albowiem przyczyny większości stanów klinicznych są znane.

W przypadku zaburzeń psychicznych, diagnoza opiera się w głównej mierze na danych uzyskanych przez lekarza w trakcie przeprowadzanego wywiadu z pacjentem i jego rodziną, jak również na osobistych obserwacjach lekarza. *De facto* lekarze-psychiatrzy przy ocenie stanu psychicznego oraz stawianiu diagnozy opierają się na subiektywnych metodach, które nie rozwiewają wątpliwości zarówno co do pewności rozpoznania, jak i jego rzetelności oraz obiektywizmu, co w konsekwencji nie daje 100% gwarancji, iż dwóch różnych psychiatrów stwierdzi u jednego pacjenta to samo zaburzenie psychiczne. Od zarania psychiatrii klasyfikacja chorób psychicznych wzbudzała kontrowersje. Obok kłopotów w grupowaniu rozmaitych symptomów w poszczególne kategorie, dodatkowe komplikacje wprowadzały duże różnice w narodowych tradycjach powodujące w rezultacie, iż u jednego pacjenta w różnych krajach postawione diagnozy były zgoła inne, by nie powiedzieć, że wręcz nieznane w innym kraju²⁹.

Szczególnie mocno problemy diagnostyczne związane z zaburzeniami psychicznymi uwidaczniają wyniki wspólnych badań brytyjsko-amerykańskich, przeprowadzonych w 1972 r. pod kierunkiem J. E. Coopera. W badaniach tych psychiatrzy używali standardowego zestawu szczegółowych kryteriów rozróżniania schizofrenii od zaburzeń afektywnych. W oparciu o powyższe narzędzia, w Stanach Zjednoczonych u 65% nowo przyjętych pacjentów rozpoznano schizofrenię; z kolei

²⁹ Tak np. spotykane jedynie we Francji *la bouffé déli rante* (wybuchowe zaburzenie urojeniowe), psychogeniczna (reaktywna) psychoza jako psychoza podobna do schizofrenii w krajach skandynawskich, czy też psychoza cykloidalna w Niemczech; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 13.

brytyjscy specjaliści rozpoznali schizofrenię jedynie u 34% diagnozowanych³⁰. Okazało się więc, iż tak naprawdę nie funkcjonuje jedno pojęcie schizofrenii³¹.

Jednakże problemy diagnozy nie ograniczają się jedynie do samego zróżnicowania pomiędzy poszczególnymi schorzeniami psychotycznymi, lecz dotyczą trafności i pewności postawienia samej diagnozy co do tego, iż pacjent, który zgłosił się do psychiatry, rzeczywiście przejawia chorobę psychiczną. Najlepiej problemy tego typu przedstawiają rezultaty dwuetapowego projektu badawczego przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku przez Davida Rosenhana. Podczas pierwszego etapu, osiem podstawionych osób nie wykazujących żadnych uchwytnych zaburzeń psychicznych, zgłosiło się do ośrodków leczenia psychiatrycznego, zgłaszając występujące u nich rzekomo omamy słuchowe. Wszystkich tych „chorych” zdiagnozowano jako cierpiących na schizofrenię bądź schizofrenię w okresie remisji i poddano klasycznemu leczeniu. Podczas przeprowadzania drugiego etapu eksperymentu, poinformowano dyrektora pewnego szpitala i jego personel o rezultatach pierwszej części eksperymentu, jak również o tym, iż zgłoszą się do szpitala symulanci i zadaniem personelu będzie prawidłowa ocena ich stanu psychicznego. Przez kolejne trzy miesiące w stosunku do 20% nowo przyjętych pacjentów stwierdzono, iż są pacjentami rzekomymi, symulującymi objawy choroby psychicznej. W rzeczywistości przez trzy miesiące trwania projektu, do szpitala nie zgłosiła się żadna osoba symulująca objawy zaburzeń psychicznych. Rezultaty tych sugestywnych badań ukazały skalę trudności związaną z rozróżnieniem osoby zdrowej i jedynie symulującej objawy choroby psychicznej oraz prawidłowym i właściwym rozpoznaniem zaburzeń psychicznych u pacjentów, którzy faktycznie cierpią na choroby psychiczne³².

³⁰ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 12.

³¹ Niewątpliwie duży wpływ na wyniki badań miały kryteria diagnostyczne, które są znacznie luźniejsze w Stanach Zjednoczonych aniżeli w Wielkiej Brytanii; zawierają one w sobie również zaburzenia osobowości – schizotypowe oraz łagodniejsze zaburzenia psychotyczne z pogranicza, tzw. *borderline*; Y. O. Alanen: *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, s. 39.

³² K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 13; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 33-35.

Pierwszą próbę ujednolicenia kryteriów i klasyfikacji schizofrenii podjęto w roku 1972. Wtedy to grupa amerykańskich specjalistów pod przewodnictwem Johna Feighnera opracowała pierwszy systematyczny zestaw kryteriów do diagnozy schizofrenii. Wyznaczniki te, zwane kryteriami Feighnera³³, do postawienia diagnozy schizofrenii wymagały wystąpienia określonych poniżej kryteriów od A do C.

A. Konieczne jest kumulatywne wystąpienie następujących kryteriów:

- a. chroniczna choroba z co najmniej 6 – miesięcznym okresem objawowym, poprzedzającym diagnozę, bez powrotu do poziomu przystosowania psychospołecznego właściwego sprzed okresu chorobowego;
- b. brak występowania okresów depresyjnych bądź maniakalnych objawów, wystarczających do postawienia diagnozy zaburzeń afektywnych lub prawdopodobnie zaburzeń psychicznych.

B. Konieczne jest również wystąpienie jednego z poniższych kryteriów:

- a. omamy bądź urojenia nie prowadzące do wystąpienia istotnych powikłań bądź dezorientacji z nimi związanych;
- b. werbalna produkcja, która z uwagi na brak logicznej lub pojmowanej organizacji utrudnia komunikację, przy czym w razie występowania mutyzmu rozumianego jako organiczna bądź czynnościowa utrata zdolności mówienia, zalecane jest wstrzymanie się z podjęciem ostatecznej decyzji diagnostycznej.

C. Równocześnie niezbędne konieczne jest wystąpienie trzech spośród poniższych kryteriów, aby postawić „jednoznaczną” diagnozę schizofrenii, bądź też jedynie dwóch, aby podjąć decyzję diagnostyczną co do „prawdopodobnej schizofrenii”:

- a. stan wolny;

³³ Podkreślić należy, iż kryteria Feighnera albo „Naukowe Kryteria Diagnostyczne”, jak zostały później nazwane, zrewolucjonizowały diagnostykę psychiatryczną, ujednolicając diagnozy stawiane przez poszczególnych lekarzy z różnych uczelni i krajów; E. Shorter: *op. cit.*, s. 329; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 16.

- b. słabe przedchorobowe przystosowanie do życia społecznego lub osiągnięcia w szkole bądź pracy;
- c. wcześniejsze przypadki występowania schizofrenii w rodzinie pacjenta;
- d. brak występowania alkoholizmu bądź też nadużywania leków w ciągu pierwszego roku trwania psychozy;
- e. wystąpienie choroby przed 40 rokiem życia³⁴.

Powyższe kryteria diagnostyczne stworzone przez badaczy z St. Louis stanowiły bazę, w oparciu o którą skonstruowano Badawcze Kryteria Diagnostyczne³⁵ (*Research Diagnostic Criteria – RDC*), jak również szeroko stosowany w praktyce, opublikowany w roku 1980 system klasyfikacyjny *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III* i jego zmienioną w roku 1987 wersję, *DSM-III-R*³⁶. Oczywiście jest, iż również to narzędzie diagnostyczne musiało zostać poddane ewolucji, z uwagi na konieczność dalszej harmonizacji kryteriów diagnostycznych i uwzględnienia najnowszych osiągnięć i trendów w psychiatrii klinicznej³⁷. W roku 1994 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wydało poprawioną czwartą wersję podręcznika *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR*. Do postawienia diagnozy schizofrenii wg tejże klasyfikacji niezbędne jest spełnienie następujących kryteriów:

³⁴ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 15.

³⁵ RDC składa się z ośmiu grup symptomów choroby. Pierwsze siedem stanowią pierwszorzędowe objawy (opracowane przez Kurta Schneidera) oraz inne złudzenia i halucynacje, przy czym objawy te muszą występować co najmniej dwa tygodnie; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 17.

³⁶ Warto zauważyć, iż w *DSM-III-R* zastosowano zawężoną definicję schizofrenii, co powoduje, iż klasyfikacja ta jest bliska oryginalnej koncepcji Kraepelina; Ch. D. Firth: *op. cit.*, s. 8; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 17.

³⁷ Dodatkowym czynnikiem wpływającym na kwalifikacje rozpoznania psychiatrycznego jest bez wątpienia lobbing i polityka. Przykładem jest „wywalczenie” przez wpływową grupę weteranów wojny w Wietnamie wpisu do *DSM-III* nowej jednostki chorobowej - „zespołu stresu pourazowego”. Kolejnym przykładem jest uwięziona sukcesem batalia feministek zmierzająca do wykreślenia z *DSM-III* jednostki chorobowej „osobowość skłonna do sabotowania własnych poczynań”, z uwagi na fakt dwukrotnie większej częstotliwości zachorowań wśród kobiet w stosunku do mężczyzn. Inny spór dotyczył homoseksualizmu, nazwanego w *DSM-II* zboczeniem płciowym, a wykreślonego z klasyfikacji *DSM-III*. Zatem o tym, czy mamy do czynienia z patologią czy normą, zaczęła decydować wola większości lub działania rozmaitych grup nacisku. Klasyfikacja *DSM-III* i jej następcy w gruncie rzeczy skierowali psychiatrię na manowce; E. Shorter: *op. cit.*, s. 332-334.

A. Objawy charakterystyczne, co najmniej dwa spośród niżej podanych, które występują przez znaczną część miesięcznego okresu czasu, bądź też krócej, jeśli zostały skutecznie wyleczone; z zastrzeżeniem wyjątków podanych przy niektórych objawach:

- a. urojenia (jeśli są dziwaczne, wystarczy jedynie ten objaw z kryteriów A);
- b. omamy (jeśli przejawiają się w formie głosu komentującego zachowanie lub myśli chorego, jak również z dwóch lub więcej głosów prowadzących dialog między sobą, wystarczy jedynie wystąpienie jedynie tego jednego objawu z kryteriów A, w celu ustalenia rozpoznania);
- c. zdezorganizowana mowa;
- d. rażące zdezorganizowanie bądź też katatoniczne zachowanie;
- e. występowanie objawów negatywnych, tzn. płytkiego bądź też niedostosowanego afektu, alogii, tj. znacząco zubożonej mowy, zarówno co do zasobu słów jak i przekazywanych treści bądź też abulii rozumianej jako zmniejszenie chęci do działania i myślenia oraz obojętność na skutki takiego postępowania.

B. Społeczna / zawodowa dysfunkcja: przez znaczny okres od początku zaburzenia, bądź też większa liczba ważnych dziedzin funkcjonowania człowieka jak: praca, stosunki międzyludzkie, dbałość o siebie, stoją na wyraźnie niższym poziomie niż poziom osiągnięty przed pojawieniem się choroby. W przypadku, gdy początek choroby przypada na dzieciństwo lub okres dojrzewania, tego typu dysfunkcja przejawia się poprzez nie osiągnięcie właściwego poziomu pod względem funkcjonowania interpersonalnego, wykształcenia bądź pracy zawodowej.

C. Czas trwania: ciągle objawy choroby mają się utrzymać przez co najmniej 6 miesięcy, przy czym ten okres winien obejmować przynajmniej 1 miesiąc trwania objawów (lub krócej, jeśli zostały skutecznie zaleczone) z Kryteriów A i może obejmować zakresy objawów prodromalnych lub rezydualnych, w czasie których zaburzenia mogą się przejawiać poprzez

negatywne objawy lub co najmniej dwa objawy przedstawione w Kryterium A w lżejszej postaci, tzn. w formie dziwnych przekonań, nieprawidłowego spostrzegania, tj. niezwyklej doznań percepcyjnych czy też sensorycznych.

D. Wykluczenie zaburzeń schizoafektywnych i zaburzeń nastroju (zaburzeń afektywnych) – można je wykluczyć, albowiem bądź to epizody dużej depresji, manii lub mieszane nie występowały jednocześnie z objawami aktywnej fazy zaburzenia, bądź też epizody zaburzeń nastroju występowały w czasie aktywnej fazy choroby. Lecz ich całkowity czas trwania był krótki w porównaniu do samego czasu trwania objawów fazy aktywnej i rezydualnej schorzenia.

E. Wykluczenie zaburzeń organicznych / uzależnień, co oznacza, iż odrzucono możliwość powstania zaburzenia bezpośrednio wskutek działania biologicznej substancji psychoaktywnej lub wpływu somatycznego schorzenia.

F. Związek z postępującym zaburzeniem rozwojowym – jeśli zdarzył się przypadek zaburzeń autystycznych bądź innego postępującego zaburzenia rozwojowego, to dodatkowe rozpoznanie schizofrenii jest możliwe tylko wówczas, gdy wyraźne, nasilone i dominujące w obrazie choroby urojenia bądź też omamy występują co najmniej jeden miesiąc bądź też krócej, jeśli zostały skutecznie wyleczone³⁸.

Z kolei w wydanej w roku 1992 przez Światową Organizację Zdrowia Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10*), rozdział V został poświęcony zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania. Według ICD-10, w celu rozpoznania schizofrenii konieczne jest stwierdzenie przynajmniej jednego zespołu, objawu lub oznaki spośród wymienionych w punkcie 1, lub też przynajmniej dwóch objawów i oznak i wymienionych w punkcie 2, przy

³⁸ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 16; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 20; A. Belger, G. Dichter: *Psychopatologia*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006, s. 188.

czym objawy te muszą występować przez większość czasu podczas trwania epizodu psychiatrycznego, trwającego przynajmniej przez jeden miesiąc.

1. (co najmniej jedna cecha z poniższych cech)
 - a. echo myśli, nasyłanie, odciąganie lub przekazywanie myśli,
 - b. urojenia kontroli, wpływu lub oddziaływania, wyraźnie powiązane z ciałem lub ruchami kończyn, lub określonymi myślami, działaniami, odczuciami, percepcja urojeniowa,
 - c. głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące na jego temat, lub też inny typ głosów omamowych mających swe źródło w jakiejś części ciała,
 - d. utrzymujące się urojenia innego rodzaju, kulturowo nieadekwatne i całkowicie nierealne.
2. (lub co najmniej dwie z niżej wymienionych cech)
 - a. utrzymujące się urojenia dowolnego rodzaju, jeśli występują każdego dnia przynajmniej przez okres 1 miesiąca, kiedy towarzyszą im urojenia bez wyraźnej zawartości afektywnej lub utrzymujące się myśli nadwartościowe,
 - b. neologizmy, przerwy lub przeskoki w toku myśli, skutkujące rozkojarzeniem bądź niezrozumiałością wypowiedzi,
 - c. zachowania katatoniczne: pobudzenie, przyjmowanie pewnych postaw lub gibkość woskowa, negatywizm, mutyzm lub stupor,
 - d. objawy negatywne: apatia, ubóstwo mowy, zblednięcie czy też nieadekwatność reakcji emocjonalnych³⁹.

Przedstawiając powyższe kryteria diagnostyczne zawarte w narzędziach diagnostycznych o międzynarodowym zasięgu, nie sposób oczywiście zapomnieć o charakterystyce zaburzeń i kryteriach przyjętych przez psychiatrów, którzy nadali zasadniczą postać pojęciu schizofrenii w początkach XX wieku – Kraepelinie i Bleulerze.

³⁹ Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 19; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 189.

Emil Kraepelin był twórcą podejścia opisowego, określając *dementia praecox* jako zespół charakteryzujący się:

- zaburzeniami uwagi i rozumienia,
- omamami (przeważnie słuchowymi),
- ugięciem myśli i poczuciem wpływu na myśli przez otoczenie,
- zaburzeniami toku myślenia, w szczególności luźnymi skojarzeniami,
- upośledzeniem funkcji poznawczych i krytycyzmu,
- stopniem afektu,
- nieprawidłowym zachowaniem, tj. zmniejszonym napędem psychoruchowym, automatycznym posłuszeństwem, echolalią (rozumianą jako uporczywe, automatyczne, bezwiedne powtarzanie słów lub zdań wypowiedzianych przez innych), echopraksją (automatyczne, bezwiedne naśladowanie ruchów wykonywanych przez innych w otoczeniu chorego), niekontrolowanymi wybuchami gniewu, pobudzeniem katatonicznym, stereotypiami ruchowymi, negatywizmem (czynnym bądź biernym oporem w postaci wypowiedzi lub zachowania w stosunku do oddziaływania otoczenia), autyzmem i zaburzeniami ekspresji słownej⁴⁰.

Eugen Bleuler, dokonując rozróżnienia pomiędzy objawami osiowymi (podstawowymi) a dodatkowymi (akcesoryjnymi), uznał, iż do rozpoznania schizofrenii wystarczające jest wystąpienie osiowych symptomów, do których zaliczył:

- zestaw zwany 4A⁴¹, tj. autyzm (utrata zainteresowania otoczeniem, innymi ludźmi, wycofanie się w fantazje), ambiwalencja (emocjonalna niejednorodność, równocześnie bądź szybko zmieniające się uczucia miłości i nienawiści), nieprawidłowy afekt (objawiający się obojętnym, maskowatym bądź nieadekwatnym wyrazem twarzy), zaburzenia asocjacji (formalne zaburzenia myślenia-fragmentaryczne, zmienne, rozkojarzone);
- zaburzenia w postrzeganiu siebie;

⁴⁰ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s.121.

⁴¹ Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 6.

- zaburzenia woli i zachowania.

Do objawów dodatkowych, akcesoryjnych, które mogą często współwystępować, ale nie są one niezbędne do dokonania rozpoznania schizofrenii, Bleuler zakwalifikował: omamy, urojenia, swoiste zaburzenia pamięci, zmianę osobowości, zaburzenia ekspresji słownej i pisemnej, objawy somatyczne, objawy katatoniczne, ostre zespoły objawów, np. melancholiczne czy też maniakalne⁴². Dla Szwajcara, kluczowym elementem w schizofrenii było pojęcie **rozszczeplenia**, obejmujące rozszczeplenie: zamiaru od działania (powoduje bierność i osłabienie woli chorego), uczucia od uczucia (powoduje ambiwalencję), uczucia od myśli (powoduje niedostosowane emocje), myśli od myśli (powoduje zaburzenia bądź wyłączenie asocjacyjne)⁴³.

Dokonując szczegółowego przeglądu klasyfikacji i kryteriów diagnostycznych, bez wątpienia należy również przedstawić tzw. objawy pierwszej rangi (*First Rank Symptoms*), zwane również objawami pierwszego rzędu bądź pierwszorzędownymi, opracowane przez Kurta Schneidera⁴⁴, do których należą:

- słyszalne myśli (ugłóśnienie myśli) - pacjent doświadcza omamów słuchowych z głosami wypowiadającymi na głos jego myśli;
- głosy kłócące się (dyskutujące) - pacjent słyszy dwa lub trzy głosy kłócące się lub dyskutujące;
- słyszalne głosy komentujące działania - treść omamów słuchowych stanowi opis czynności wykonywanych przez chorego;
- doświadczenie oddziaływania zewnętrznego na ciało - chory jest pasywnym i jednocześnie niechętnym odbiorcą wrażeń cielesnych, których źródło znajduje się w świecie zewnętrznym;

⁴² H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 121.

⁴³ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 18.

⁴⁴ Dodać należy, iż koncepcja K. Schneidera była fundamentem opracowania objawów schizofrenii w klasyfikacji DSM-III; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 3. Kryteria FRS wymieniane są również jako kryteria diagnostyczne w klasyfikacji DSM-IV, a jeszcze wyraźniej w Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10, w której zyskują szczególne znaczenie w rozpoznawaniu schizofrenii; R. J. Barrett: *Kurt Schneider na Borneo: czy kryterium objawów pierwszorzędownych ma zastosowanie u Ibańczyków?* [w:] *Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia* (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009, s. 100.

- odczuwanie nasyłania myśli i innego oddziaływania na myśli - chory doświadcza myśli, które nie należą do niego. Do tej kategorii zaliczyć można również odciąganie myśli (chory ma wrażenie, że jego myśli są zabierane z głowy, zaś kiedy jego myślenie ustaje, ma poczucie „odciągania” swoich myśli przez zewnętrzną siłę) oraz odsłonięcie myśli (schizofrenik w trakcie myślenia ma odczucie, że myśli nie znajdują się w jego umyśle - wydostają się one do świata zewnętrznego, gdzie mogą być poznane przez wszystkich ludzi)⁴⁵;
- rozproszenie myśli;
- urojeniowe postrzeganie - zjawisko dwuetapowe. Urojenie powstaje w wyniku jakiegoś spostrzeżenia, które według chorego, początkowo ma wszystkie właściwości normalnego i mogłoby być tak odbierane przez każdego. Ma ono jednak dla niego osobiste znaczenie, dlatego drugi etap (powstanie urojenia) zaczyna się niemal natychmiast po pierwszym. Wykryształizowanie się wypracowanego systemu urojeniowego często następuje zaraz po samym spostrzeżeniu;
- odczuwanie, działanie i akty wolicjonalne doświadczane jako wpływ innych - chory ma wrażenie, że jego działania są kontrolowane przez coś lub kogoś z zewnątrz. Pacjent może odczuwać także silny impuls, któremu nie może się

⁴⁵ Subiektywne doświadczenia zaburzenia myślenia (odciąganie myśli, wrzucanie myśli, odsłonięcie myśli) *de facto* sprowadza się do pojęcia myślenia obowiązującego w tzw. zachodnim świecie, gdzie uważa się, że myślenie jest aktywnością umysłową zachodzącą w mózgu. Zakłada się więc autonomię i prywatności umysłu. Istnieje kilka kontrprzykładów, np. telepatia, hipnotyzm czy też chrześcijańska wiara we wszechmogącego Boga, który zna myśli ludzi, bez naszego wypowiedzania ich na głos. W społeczeństwach wywodzących się z tradycji chrześcijańskiej jednostka może być ukarana albo mieć poczucie winy i wstydu z powodu ich wypowiedzania, nawet jeśli ich nie wypowiedziała. Przypuszcza się, że może to stanowić kulturowy model dla zaburzeń związanych z prywatnością myśli. Porównanie badań empirycznych przeprowadzone u schizofrenicznych pacjentów ibańskich (Malezja) i australijskich wykazały, iż subiektywne zaburzenia myślenia u Ibańczyków występuje jedynie w jednostkowych przypadkach (3 osoby na próbę 50 osób), które na dodatek występowały tylko u chrześcijan. Chrześcijańska koncepcja myślenia i porozumiewania się z osobowym Bogiem stanowić więc może kontekst kulturowy, w ramach którego pojawiają się zaburzenia poznawcze; R. J. Barrett: *op. cit.*, s. 108-116.

oprzeć; impuls nie jest przeżywany jako jego własny, natomiast samo działanie - tak⁴⁶.

W praktyce wykorzystuje się objawy zarówno z kryteriów diagnostycznych opracowanych przez E. Bleulera, jak i przez K. Schneidera. W konsekwencji daje to następującą listę typowych objawów schizofrenicznych:

1. Urojenia nasyłania, odciągania lub nagłaśniania myśli.
2. Pozbawione racjonalnych i emocjonalnych podstaw urojeniowe spostrzeżenia.
3. Urojenia oddziaływania odnoszące się do ciała, myśli, uczuć bądź działań.
4. Innego rodzaju urojenia, tzw. dziwaczne (*bizarre*), których treść jest zupełnie nieadekwatna, niezrozumiała i odbiega znacząco od realiów.
5. Omamy słuchowe, mogące przybrać następujące rodzaje postaci:
 - „głosy komentujące” polegające na występowaniu bieżącego komentarza do zachowania pacjenta;
 - „głosy dyskutujące”, które przejawiają się w dyskusji prowadzonej w formie trzeciej osoby, przez co najmniej dwa głosy;
 - rzutowane w obrębie ciała omamy słuchowe słowne rzekome;
 - ugłośnienie myśli.
6. Innego rodzaju omamy niż ww., jeśli towarzyszą im urojenia, bądź też jeśli mają one charakter względnie stabilny – występują codziennie przez tygodnie bądź miesiące.
7. Objawy katatoniczne, m.in. pobudzenie, osłupienie, objawy kataleptyczne, mutyzm – utrata zdolności mówienia, negatywizm – czynny bądź bierny opór wobec oddziaływania otoczenia.
8. Dezorganizacja – ześlizgiwanie się, otamowanie myśli, prowadzące do rozkojarzenia bądź też nieadekwatności wypowiedzi.
9. Niedostosowanie reakcji emocjonalnych i działań, m.in. ambiwalencja, manieryzmy.

⁴⁶ Częstotliwość występowania objawów pierwszorzędowych u chorych na schizofrenię waha się od 28% do 72%; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 9; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 7; R. J. Barrett: *op. cit.*, s. 100-101.

10. Występowanie objawów negatywnych:

- alogia: ograniczenie, spłylenie, monotematyczność myślenia i wypowiedzi;
- apatia: przytępiona sfera uczuciowa powiązana ze zubożeniem i ujednolicieniem przeżywania;
- anhedonia: utrata zainteresowań oraz zaprzestanie wszelkich systematycznych działań będących źródłem przyjemności⁴⁷;
- abulia: zmniejszenie chęci do działania i myślenia z równoczesnym występowaniem obojętności na skutki takowego postępowania⁴⁸.

4. POSTACIE SCHIZOFRENII.

Schizofrenia nie jest chorobą jednorodną. Sam twórca pojęcia schizofrenii E. Bleuler dokonywał dychotomicznego podziału schorzenia na grupę „nuklearną”, którą tworzą trzy podstawowe kategorie: hebefreniczna, katatoniczna i paranoidalna (opisane i wyróżnione przez Kraepelina), jak również „brzeźną” – psychozy schizofrenopodobne (schizofrenię prostą), które to grupy różnią się nasileniem objawów choroby oraz oczywiście prognozą. Warty podkreślenia jest fakt, iż podział ten, oczywiście inaczej formułowany i charakteryzowany, utrzymuje się do dziś⁴⁹.

Klasyczny, tradycyjny podział powszechnie stosowany, który jak wspomniano, *de facto* nawiązuje korzeniami jeszcze do Kraepelina i Bleulera, wyróżnia cztery formy schizofrenii: prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną. **Postacie te często się mieszają, przechodząc jedna w drugą, co**

⁴⁷ Anhedonia, podobnie jak i spłylenie uczuciowe są bardzo powszechnym objawem schizofrenii. Wg badań przeprowadzonych w r. 1973 przez WHO, spłylenie uczuciowe stwierdza się u 75% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Anhedonia jest równie powszechna w schizofrenii (ok. 76% pacjentów), a dodatkowo jest objawem stabilnym na przestrzeni czasu, bez względu na kliniczny stan chorobowy. Niejednokrotnie proponowano uznanie anhedonii za centralny, kardynalny objaw schizofrenii. Rozróżnia się anhedonię fizyczną i społeczną. Ta pierwsza przejawia się np. utratą przyjemności czerpanej z aktywności powszechnie uznawanej za przyjemną: z jedzenia, picia, współżycia płciowego. Anhedonia społeczna cechuje się m.in. utratą przyjemności obcowania z przyjaciółmi, czy też angażowania się w kontakty społeczne; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 5; A. M. Kring, M. K. Germans: *op. cit.*, s. 375.

⁴⁸ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 20.

⁴⁹ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 37; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 14.

powoduje trudności z określeniem, która forma tak naprawdę dominuje w przebiegu choroby. Pomędzy różnymi autorami występują mniejsze bądź większe różnice w dokonywanych klasyfikacjach, zaś próbą ujednolicenia tychże kryteriów i klasyfikacji było stworzenie opisanych już wcześniej systemów klasyfikacyjnych o zasięgu międzynarodowym – ICD-10 oraz DSM-III i DSM-IV (DSM-IV-TR).

W narzędziu DSM-III i DSM-IV wyróżniono pięć postaci schizofrenii (295).

A. Paranoidalna (295.30):

- myślenie jest zdominowane jednym lub większą ilością usystematyzowanych urojeń, bądź też częstymi omamami słuchowymi, najczęściej o charakterze prześladowczym;
- nie występuje żaden z następujących objawów: zdeorganizowana mowa, rozluźnienie skojarzeń, stępienie bądź niedostosowanie afektu, nasilone zdeorganizowane zachowanie bądź cechy katatoniczne;
- późniejszy początek choroby, lepsze rokowania w postaci katatonicznej i zdeorganizowanej.

B. Zdeorganizowana (295.10) – dawniej nazywana schizofrenią hebefreniczną:

- zdeorganizowana mowa, znaczne rozkojarzenie, zachowanie regresyjne bądź zdeorganizowane zachowanie;
- choroba nie spełnia kryteriów typu katatonicznego;
- charakterystyczny jest wczesny początek, brak dbałości o wygląd zewnętrzny⁵⁰.

C. Katatoniczna (295.20) – obraz kliniczny zdominowany jest co najmniej przez dwa z poniższych objawów:

- unieruchomienie w postaci stuporu bądź katalepsji, w tym również giętkość woskowa;
- chaotyczna, nadmierna aktywność ruchowa, która jest bezcelowa i nie jest wynikiem działania bodźców zewnętrznych;

⁵⁰ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 118-120.

- skrajny negatywizm, rozumiany jako czynny lub bierny opór wobec wszystkich poleceń bądź też utrzymywanie usztywnionej postawy ciała mimo oddziaływania zewnętrznego lub mutyzm;
- osobliwości ruchów dobrowolnych w postaci pozowania – dobrowolnego przyjmowania nieodpowiedniej lub też dziwacznej postawy ciała, ruchów stereotypowych, wyraźnych manieryzmów lub wydatnego wykrzywania twarzy;
- echolalia lub echopraksja;
- choroba może wymagać leczenia somatycznego z uwagi na niedożywienie bądź gorączkę⁵¹.

D. Niezróżnicowana (295.90):

- nasilone urojenia, omamy, zaburzenia myślenia i komunikacji werbalnej bądź też głęboka dezorganizacja zachowania;
- nie występują kryteria typu paranoidalnego, katatonicznego i zdeorganizowanego.

E. Rezydualna (295.60):

- brak wyraźnych i nasilonych urojeń, omamów, zdeorganizowanej mowy bądź wyraźnie zdeorganizowanego bądź też katatonicznego zachowania;
- występują przetrwałe zaburzenia charakteryzujące się występowaniem bądź to negatywnych, bądź też dwóch lub więcej objawów rezydualnych, np. dziwacznych przekonań chorego⁵².

W dalszym wywodzie nie sposób oczywiście pominąć podziału zaproponowanego w powszechnie stosowanej klasyfikacji ICD-10. W tej wyróżniono następujące postacie schizofrenii:

⁵¹ K. Tsirigotis, Gruszczyński W.: *op. cit.*, s. 29.

⁵² H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 122. W klasyfikacji DSM-IV-TR nie występuje schizofrenia prosta, przez niektórych psychiatrów uznawana za klasyczny przykład schizofrenii prawdziwej. Uznano bowiem, iż samo pojęcie i rozróżnienie takiej jednostki chorobowej pochodzi z czasów, gdy diagnostykę schizofrenii ujmowano w sposób niezwykle szeroki. Nadto psychiatrzy opracowujący narzędzie DSM-IV-TR przesunęli tą kategorię diagnostyczną ze „Schizofrenii i innych zaburzeń diagnostycznych” (295.xx) do „zaburzeń osobowości” (309.xx), *Psychiatria kliniczna, części V-VI* (red.) Bilikiewicz A., s. 195; K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 29.

a. Paranoidalna (F20.0).

W obrazie klinicznym przeważają względnie trwałe urojenia występujące najczęściej w towarzystwie omamów słuchowych, jak również inne zaburzenia spostrzegania. Zaburzenia afektu, woli oraz komunikacji werbalnej, jak również objawy katatoniczne nie występują, bądź są nieznaczne. Nie obejmuje paranoidalnego stanu inwolucyjnego (F22.8) i paranoi (F22.0).

b. Hebefreniczna (F20.1), zwana również schizofrenią zdeorganizowaną, bądź hebefrenią.

W obrazie klinicznym dominują zmiany afektywne, urojenia i omamy - zwiewne i urywkowe, nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne zachowania i manieryzmy. Nastrój jest płytki, niedostosowany, występuje rozkojarzenie mowy i dezorganizacja myślenia. Charakterystyczna jest tendencja do izolacji społecznej. Rokowania są raczej złe, z uwagi na gwałtowny rozwój objawów negatywnych, w szczególności spłycenia afektu oraz braku woli. Hebefrenia winna być rozpoznawana jedynie w okresach dojrzewania bądź u młodych dorosłych.

c. Katatoniczna (F20.2)

Zdecydowana dominacja mocno nasilonych zaburzeń psychomotorycznych, które przejawia się pomiędzy dwoma skrajnościami, tj. między pobudzeniem a osłupieniem lub automatyczną uległością i negatywizmem. Nienaturalne postawy i pozycja ciała chorego mogą utrzymywać się przez długie okresy. Charakterystyczną cechą tego stanu mogą być epizody gwałtownego pobudzenia. Objawy katatoniczne mogą się łączyć ze stanami sennopodobnymi, tzw. oneirodalnymi, z wyrazistymi omamami scenicznymi.

d. Nie zróżnicowana (F20.30), zwana również schizofrenią atypową.

Stany psychotyczne spełniają ogólne kryteria diagnostyczne schizofrenii, ale nie klasyfikują się równocześnie w żadnej z postaci określonej w klasyfikacji jako F20.0 – F20.2; bądź też ujawniają cechy więcej niż jednej

kategorii bez wyraźnej dominacji cech diagnostycznych któregośkolwiek z charakterystycznych zespołów.

e. Depresja poschizofreniczna (F20.40)

Przejawia się w epizodzie depresyjnym, niekiedy przedłużonym, który następuje po ustąpieniu psychozy schizofrenicznej. Mogą jeszcze występować szczątkowe objawy schizofreniczne pozytywne bądź negatywne, lecz nie dominują one w obrazie klinicznym. Zaburzenia depresyjne tego typu wiążą się z występowaniem podwyższonego ryzyka popełnienia samobójstwa. W przypadku, gdy u pacjenta nie występują już żadne objawy *stricte* schizofreniczne, wymagane jest postawienie rozpoznania epizodu depresyjnego (F32-). Jeżeli zaś objawy schizofreniczne nadal są wyraziste i nasilone, należy rozpoznać właściwą postać schizofrenii (F20-0 – F20.3).

f. Schizofrenia rezydualna (F20.5), zwana również schizofrenią przewlekłą nieodróżnicowaną, schizofrenicznym stanem resztkowym (*Restzustand*), schizofrenicznym stanem rezydualnym.

Przewlekły etap rozwoju schizofrenii, w którym nastąpił wyraźny postęp psychozy od etapu wczesnego do późnego, charakteryzującego się długo trwającymi objawami negatywnymi, co nie znaczy, że nieodwracalnymi; do tych objawów zalicza się obniżenie napędu psychomotorycznego, ograniczenie aktywności, apatia, brak aktywności i inicjatywy, spłylenie afektu, zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenie komunikacji pozawerbalnej, modulacji głosu, postawy ciała, unikanie kontaktu wzrokowego, brak dbałości o siebie samego, ubóstwo zachowań społecznych.

g. Schizofrenia prosta. (F20.6)

Psychoza charakteryzuje się powolnym, acz systematycznym rozwojem dziwactw w sposobie zachowania, niezdolnością do spełnienia wymagań i oczekiwań społecznych, kompleksowym obniżeniem sprawności. Charakterystyczne dla schizofrenii rezydualnej symptomy negatywne typu spłylenie afektu, upośledzenie komunikacji pozawerbalnej, rozwijają

się bez jakichkolwiek poprzedzających i możliwych do uchwycenia objawów psychotycznych.

- h. Schizofrenia innego rodzaju (F20.7).
- i. Schizofrenia cenestopatyczna (F20.8).
- j. Schizofrenia nieokreślona (F20.9)⁵³.

5. ETIOLOGIA SCHIZOFRENII.

Wielorakość objawów, diametralne różnice występujące pomiędzy obrazami klinicznymi poszczególnych odmian schizofrenii oraz różnorodność ich przebiegu powoduje, że w celu wyjaśnienia etiologii schizofrenii powstało wiele różnych koncepcji. Jest to związane z faktem, iż do tej pory nie potwierdzono w pełni, że schorzenie to jest spowodowane jednym czynnikiem etiologicznym. Celem możliwie najpełniejszego i najbardziej przejrzystego przeglądu funkcjonujących we współczesnej psychiatrii teorii dotyczących schizofrenii, autor dokonał ich podziału na trzy główne grupy: **czynniki biologiczne**, **czynniki genetyczne** oraz **czynniki psychospołeczne i środowiskowe**. Zostaną one pokrótce scharakteryzowane tak, aby ukazać pełen obraz schizofrenii i wątpliwości związanych z jej etiologią.

A. Czynniki biologiczne.

Wiele rejonów i układów mózgu funkcjonuje w schizofrenii nieprawidłowo. Warto więc przedstawić niektóre z nich, jako najbardziej uchwytne:

- Zwoje podstawy mózgu - są odpowiedzialne za ruch i emocje oraz scalanie informacji czuciowych. Przypuszcza się, że ich wadliwe działanie jest w schizofrenii przyczyną objawów paranoidalnych i omamów.
- Ośrodek słuchowy - umożliwia ludziom słyszenie i rozumienie mowy. W schizofrenii nadaktywność obszaru mowy może być przyczyną omamów słuchowych.

⁵³ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 29-30.

- Płat potyliczny - przetwarza informację o tym, co widzimy. Osoby chore na schizofrenię rzadko doświadczają prawdziwych omamów wzrokowych, ale zakłócenia w rejonie płatów potylicznych są przyczyną trudności w interpretacji złożonych obrazów, rozpoznawaniu ruchu i odczytywaniu emocji na twarzach innych ludzi.
- Hipokamp - pośredniczy w uczeniu się i tworzeniu śladu pamięciowego, czyli funkcjach, które w schizofrenii są upośledzone.
- Układ limbiczny - odpowiedzialny za emocje. Przypuszcza się, że zaburzenia w jego obrębie są przyczyną często obserwowanego u schizofreników pobudzenia.
- Płat czołowy - jest odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów, wnikliwość i inne wyższe procesy myślowe. Zaburzenia w schizofrenii są przyczyną trudności w planowaniu działań i organizacji myśli⁵⁴.

W dalszej części zostaną przedstawione poszczególne nurty psychiatrii biologicznej.

- **Hipoteza dopaminowa.**

Wedle przedmiotowej hipotezy, większość objawów schizofrenii powstaje wskutek nadmiaru dopaminy⁵⁵ w układzie limbicznym (uważanym za regulator emocji) oraz w płatach czołowych, odpowiedzialnych za rozumowanie abstrakcyjne⁵⁶. Warto podkreślić, iż liczne badania kliniczne dowiodły, że środki

⁵⁴ D. C. Javitt, J. T. Coyle: *Schizofrenia rozkodowana*, [w:] Świat Nauki, Nr 2 (150)/2004, s. 38. Przeważa jednak pogląd, iż morfologiczne zmiany w mózgu chorych na schizofrenię mają charakter ogniskowy a nie rozlany, a w konsekwencji nie można mówić o jakiejś specyficznej dla schizofrenii lokalizacji zmian, chociaż najwięcej zmian opisano w układzie limbicznym (hipokamp, kora entorinalna, przednia część obręczy); J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 217.

⁵⁵ Dopiero w roku 1957 farmakolog Arvid Carlsson (laureat Nagrody Nobla w 2000 r.) i jego zespół z uniwersytetu z Lund w Szwecji ustalili, iż dopamina jest neuroprzekaźnikiem, odkrywając jednocześnie jej występowanie w mózgu; E. Shorter: *op. cit.*, s. 292; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004, s. 106.

W roku 1963 A. Carlsson i M. Lindqvist uznali, iż leki antypsychotyczne (neuroleptyki) zmniejszają produkcję dopaminy w mózgu i jest to reakcja na funkcjonalną blokadę systemu dopaminergicznego. Równocześnie badania Carlssona ujawniły, iż amfetamina wywołująca omamy u osób jej nadużywających, pobudza uwalnianie dopaminy w mózgu; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 52.

⁵⁶ D. C. Javitt, J. T. Coyle: *op. cit.*, s. 37.

o działaniu pobudzającym przekąźnictwo dopaminergiczne (np. amfetamina), mogą doprowadzić do wystąpienia objawów psychotycznych lub zaostrzać ich przebieg⁵⁷. Z upływem czasu hipoteza uznająca za przyczynę choroby dysfunkcjonalny wpływ nadczynności dopaminergicznej okazała się jednak niepełna⁵⁸. Pośmiertne badania neurochemiczne mózgów nie ujawniły żadnych dowodów nadmiaru dopaminy u schizofrenicznych pacjentów. Niemniej faktem jest, iż receptory dopaminy w mózgach chorych na schizofrenię wykazują nadwrażliwość⁵⁹.

Omawiana teoria potwierdziła się w przypadku tych pacjentów, u których dominującą rolę odgrywały objawy pozytywne (halucynacje, omamy, zaburzenia myślenia); nie sprawdza się jednak w odniesieniu do pacjentów, u których przeważają objawy negatywne⁶⁰. Powyższe fakty i obserwacje doprowadziły do zmodyfikowania przez naukowców w latach 80. ubiegłego wieku hipotezy dopaminowej; w następstwie dokonania formalnego podziału symptomów schizofrenii na pozytywne (wytwórcze, psychotyczne) i negatywne (deficytowe),

⁵⁷ J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 43; A. Breier, T. - P. Su, R. Saunders, R. E. Carson, B. S. Kolachana, A. de Bartolomeis, D. R. Weinerberger, N. Weisenfeld, A. K. Malthora, W. C. Eckelman, D. Pickar: *Schizophrenia in associated with elevated amphetamine-induced synaptic dopamine concentrations: Evidence from a novel positron emission tomography method*, *Proceedings of the National Academy of Science USA* 03.1997, tom 94, s. 2569-2574. W r. 1958 Connel opisał przypadki narkomanów zażywających duże dawki amfetaminy, którzy wykazują oznaki i symptomy charakterystyczne dla pewnych objawów schizofrenii; najczęściej obserwowano urojenia prześladowcze i halucynacje. Także badania przeprowadzone przez zespół Angrista na grupie ochotników, którym podano duże dawki amfetaminy, wykazały wystąpienie wielu objawów schizofrenicznych; Ch. D. Frith: *op. cit.*, s. 17-18; A. Abi-Dargham, J. Reidenhiser, D. Printz, Y. Zea-Ponce, R. Gil, L. S. Kegels, R. Weiss, T. B. Cooper, J. Mann, R. L. Van Heertum, J. M. Gorman, M. Laruelle: *Increased baseline occupancy of D₂ receptors by dopamine in schizophrenia*, *Proceedings of the National Academy of Science USA* 05.07.2000, tom 97, nr 14, 8104-9109, s. 8104.

⁵⁸ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 125.

⁵⁹ Nadwrażliwość może to być także spowodowana lekami blokującymi produkcję dopaminy. Wciąż nie jest do końca jasne, czy stwierdzona w mózgach pacjentów ze schizofrenią superwrażliwość jest oznaką choroby, czy też konsekwencją terapii lekami. Kwestia ta jest tym bardziej trudna do rozwiązania, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, iż badania tego związku są prowadzone na mózgach zmarłych pacjentów, którzy zmarli po wielu latach choroby i długotrwałego leczenia. Nawet zastosowanie techniki PET, o której będzie mowa w dalszej części rozprawy, daje niejednoznaczne rezultaty. Pomimo tego, iż badań dokonywano u pacjentów w okresie pierwszego epizodu schizofrenicznego, jeszcze przed poddaniem ich farmakoterapii, wyniki były różne: w USA stwierdzono znacząco podwyższoną wrażliwość receptorów, w Szwecji zaś wrażliwość receptorów pozostawała w normie; Ch. D. Frith: *op. cit.*, s. 19.

⁶⁰ Potwierdziły to m.in. badania przeprowadzone przez Johnstone w 1978 r.; Ch. D. Frith: *op. cit.*, s. 89; D. C. Javitt, J. T. Coyle: *op. cit.*, s. 37.

którego autorami byli brytyjski psychiatra T. Crow⁶¹ i badaczka amerykańska N. Andreasen⁶². W rezultacie ustalono, iż objawy negatywne i zaburzenia poznawcze, czyli tzw. objawy ubytkowe (deficytowe), są rezultatem obniżenia poziomu dopaminy (receptory D1) w płatach czołowych (korze przedczołowej), zaś objawy pozytywne, wytwórcze, to skutek wzmożonej aktywności dopaminergicznej (receptory D2) w układzie limbicznym (chłonnym)⁶³. Dwubiegunowa koncepcja zaburzeń układu dopaminergicznego znalazła potwierdzenie w czynnościowych badaniach neuroobrazowych⁶⁴. Niemniej, na tle aktualnego stanu wiedzy, rozumienie schizofrenii poprzez pryzmat zaburzenia dopaminergicznego układu neuroprzekaźnikowego jest uważane za uproszczone i niepełne⁶⁵.

⁶¹ Warto dodać, iż Crow zaproponował nową typologię schizofrenii, bazującą na dychotomicznym podziale objawów na pozytywne i negatywne. Głównymi objawami pozytywnych symptomów psychozy, a tym samym typu I schizofrenii, są halucynacje i urojenia. Przyczyną tej odmiany schizofrenii jest brak równowagi biochemicznej układu dopaminergicznego. Typ II schizofrenii, w której dominującą rolę odgrywają syndromy negatywne, charakteryzuje się zubożeniem życia uczuciowego i mowy. Ta odmiana może być powiązana ze strukturalnymi lub anatomicznymi nieprawidłowościami w powiększonych komorach mózgowych i zanikiem kory mózgowej; Ch. B. Pull: *op. cit.*, s. 15; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 97.

⁶² J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 106; S. Pużyński, J. Rybakowski: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, [w:] Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii (red.) Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, s. 196.

⁶³ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 125; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 106; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 43.

⁶⁴ U chorych wykazano elementy nadczynności dopaminergicznej w strukturze podkorowej prążkowie, m.in. zwiększenie aktywności enzymu syntetyzującego dopaminę. Równocześnie nasilenie wydzielania dopaminy wykazywało korelację z objawami pozytywnymi; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 43-44; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 107.

⁶⁵ Wątpliwości dotyczące hipotezy dopaminowej wzmagają się, jeśli uwzględniony zostanie fakt, iż w schizofrenii dopamina nie jest jedynym neuroprzekaźnikiem, którego aktywność wykazywałaby zakłócenia. Nadto zarówno enzymy wytwarzające dopaminę, jak i receptory, z którymi się ona wiąże, nie wykazują na tyle istotnych zmian, aby w dostateczny sposób wytłumaczyć wszystkie obserwowane objawy; D. C. Javitt, J. T. Coyle: *op. cit.*, s. 37. Dodać należy, iż pierwotna teoria nadaktywności dopaminowej, pozostaje w sprzeczności z badaniami PET, dotyczącymi gęstości receptorów dopaminowych w mózgach osób ze schizofrenią nie leczonych neuroleptykami; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 94.

▪ **Hipoteza glutaminergiczna.**

Geneza powstania hipotezy wywodzi się z lat 60 ubiegłego wieku, podczas obserwacji skutków nadużycia fenylocyklidyny (PCP⁶⁶). W przeciwieństwie do amfetaminy, która powoduje wystąpienie jedynie symptomów wytwórczych schizofrenii, PCP wywołuje wszystkie objawy schizofrenii. Powyższe reakcje pozwoliły naukowcom na wysnucie tezy, iż substancja ta powoduje powstawanie kluczowych zmian na poziomie molekularnym - upośledza funkcjonowanie szlaków sygnalizacyjnych w mózgu, opartych na glutaminianie - głównym pobudzającym neuroprzekaźnikiem w mózgu. A dokładniej rzecz biorąc, blokuje działanie receptorów glutaminergicznych typu NMDA. Receptory te regulują równocześnie uwalnianie dopaminy, co w konsekwencji powoduje, iż zablokowanie receptorów NMDA zaburza działanie dopaminy. Zakłócenie czynności receptorów NMDA tłumaczy zarówno występowanie objawów wytwórczych, jak i ubytkowych⁶⁷, przy czym naukowcy nie zdołali w sposób dostatecznie jednoznaczny wypowiedzieć się, czy za niższy poziom glutaminianu jest odpowiedzialne uszkodzenie receptorów NMDA, czy też występowanie pewnej substancji, która zakłócałaby aktywność receptorów NMDA⁶⁸.

⁶⁶ PCP jest rozpuszczalną substancją znieczulającą o działaniu halucynogennym, której podstawowy mechanizm działania polega na blokowaniu receptorów glutaminergicznych typu NMDA; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 112.

⁶⁷ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 126; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 109.

⁶⁸ Warto wspomnieć, iż hipotezę, wedle której osłabiona aktywność układu glutaminergicznego może mieć istotne znaczenie w patogenezie schizofrenii, formalnie sformułował m.in. wspomniany już wielokrotnie Arvid Carlsson wraz ze swoją małżonką Martą. Stwierdzili oni, iż schizofrenie mogą być zespołami wywołanymi brakiem równowagi między neuroprzekaźnikami w systemie regulowanym na drodze informacji zwrotnej, w którym dopamina i glutaminiany odgrywają kluczową rolę w kontrolowaniu pobudzenia i przetwarzaniu sygnałów ze świata zewnętrznego przez wzgórze do kory mózgowej. Przeprowadzone badania kliniczne wskazują, iż u chorych na schizofrenię występuje zmniejszona zawartość NAA stanowiącego biochemiczny marker neuronów glutaminergicznych w korze czołowej i skroniowej oraz hipokampie; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 94; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 44; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 109; S. Pużyński, J. Rybakowski: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, s. 160-161.

▪ **Hipoteza serotoninowa⁶⁹.**

Właściwa koncepcja serotoninowa została stworzona przez Woolleya i Shawa w roku 1954, w wyniku odkrycia, iż halucynogen dietylamid kwasu lizergowego (LSD) działa na organizm człowieka poprzez serotoninę⁷⁰. Według przedmiotowej hipotezy, u niektórych chorych na przewlekłą schizofrenię dochodzi prawdopodobnie do zaburzeń przemiany serotoniny (zwiększenia jej poziomu)⁷¹. Podkreślić należy, iż przeprowadzone badania wskazują na istotną rolę serotoniny w powstawaniu zachowań impulsywnych i samobójczych, które są także spotykane u schizofreników⁷².

Rozwinięciem omawianej teorii była serotoninowo-dopaminowa hipoteza schizofrenii, łącząca rezultaty badań nad tymi dwoma neuroprzekaźnikami. Koncepcja ta opiera się na założeniu, iż zachodzi ścisła zależność między przekaźnictwem serotoninergicznym a dopaminergicznym, tak w strukturach podkorowych, jak i w korze przedczołowej. Przeprowadzone badania biochemiczne, genetyczno-molekularne i neuroobrazowe PET wykazały, iż receptor serotoninowy może mieć znaczenie w rozwoju mózgu, zaś w korze przedczołowej osób chorych na schizofrenię mogą występować zmiany w rozmieszczeniu tych receptorów⁷³.

⁶⁹ Potwierdzenia faktu, iż serotonina jest neuroprzekaźnikiem, dokonała już w roku 1952 badaczka Betty Twarog, a więc pięć lat wcześniej od analogicznego potwierdzenia tego faktu wobec dopaminy; rok później Irvin Page potwierdził występowanie serotoniny w mózgu ssaków; E. Shorter: *op. cit.*, s. 291.

⁷⁰ Innymi słowy, halucynacje towarzyszące schizofrenikom można wywołać u zdrowego człowieka podając mu LSD. Działa on pobudzająco na serotoninowe receptory 5-HT₂, które hamują uwalnianie dopaminy w korze przedczołowej; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 57; *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 108; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 44.

⁷¹ M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 58; D. W. Wooley, B. W. Gommi: *Synergist for Serotonin Present In Schizophrenic Blood*, *Biochemistry* Vol. 56, 1966, s. 191-197; S. Pużyński, J. Rybakowski: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, s. 160. Istnieje swoistego rodzaju neuroanatomiczne i funkcjonalne współdziałanie receptora serotoninowego 5-HT i systemu dopaminergicznego, które blokując receptory 5-HT_{2A}, podnosi przesył dopaminy w mózgu; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 58.

⁷² H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 126.

⁷³ J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 44.

▪ **Hipoteza kwasu gamma aminomasłowego (GABA).**

Uznaje się, że GABA⁷⁴ odgrywa rolę regulatora poziomu aktywności układu dopaminergicznego, a dokładniej rzecz biorąc, wyższy poziom GABA zmniejsza aktywność układu dopaminergicznego. Taki związek potwierdzają dane z pośmiertnych badań chorych, wskazujące na korelację pomiędzy obniżonym poziomem kwasu GABA a zwiększeniem koncentracji dopaminy. W konsekwencji przyjmuje się, że zmniejszenie aktywności GABA-ergicznej prowadzi do zwiększenia poziomu dopaminy, a co za tym idzie powstania psychotycznych objawów choroby⁷⁵.

▪ **Teoria immunologiczna.**

Na potencjalną możliwość procesu autoimmunizacyjnego w powstawaniu schorzenia po raz pierwszy wskazał niemiecki psychiatra Heinz Lehmann⁷⁶. Od lat 60. ubiegłego wieku u chorych na schizofrenię notowano różnorakie odchylenia ilościowe i jakościowe w zakresie układu limfocytarnego, tj. obecność przeciwciał specyficznych, skierowanych przeciwko określonym strukturom mózgowym (kora czołowa, przegroda mózgu, hipokamp) oraz zwiększony poziom tzw. przeciwciał niespecyficznych, skierowanych przeciwko składnikom komórkowym. Pojawienie się przeciwciał związane jest z zaburzeniami tolerancji immunologicznej, mogącymi świadczyć o obecności reakcji autoimmunologicznych w organizmie. Również dane epidemiologiczne wskazują na zwiększoną częstotliwość występowania w rodzinach

⁷⁴ Dopamina (podobnie jak i glutaminian) to substancja przekąźnikowa, tzw. neurotransmitter, przenoszący pobudzenie z jednej komórki na następną. W mózgu występują również neurotransmitery, które sprawiają, że pobudzenie jednej komórki prowadzi do zahamowania drugiej. Dzięki tym neuroprzekąźnikom mózg dysponuje czymś na kształt przełączników ze znakiem plus i minus. Kwas GABA (*gamma-aminobutyric acid*) wykazuje działanie hamujące; E. Pöpel, A. L. Edingshaus: *Mózg - tajemniczy kosmos*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005, s. 46.

⁷⁵ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 125; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 60.

⁷⁶ J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 44. Dodać należy, iż Lehmann, który rozpoczął pracę w Montrealu w r. 1937, szukając czynników biologicznych w patogenezie schizofrenii, dokonywał niehumanitarnych eksperymentów na pacjentach, m.in. podając im olbrzymie dawki kofeiny, zastrzyki z siarki, antytoksyny durowej i terpentyny; E. Shorter: *op. cit.*, s. 272.

chorych na schizofrenię niektórych chorób autoimmunologicznych, takich jak tyreotoksytoza czy cukrzyca insulinozależna⁷⁷.

▪ **Hipoteza neurorozwojowa.**

Badania zainicjowane w Europie przez Kraepelina i Spielmeiera, zaś w Stanach Zjednoczonych przez Rosanoffa i Katza wykazały, iż uszkodzenia mózgu zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii, mogą być również wywołane przez niedziedziczne zaburzenia powstałe w okresie płodowym, w czasie porodu lub w okresie neonatalnym. Zależność pomiędzy narażeniem w okresie rozwojowym na takie czynniki, jak stres, niedożywienie⁷⁸ czy niedotlenienie, a zachorowaniem na schizofrenię w życiu dorosłym, dała asumpt do powstania tezy, zgodnie z którą ww. czynniki patologiczne wchodzi w interakcję z układami neuroprzekaźników i genów, które regulują rozwój centralnego układu nerwowego⁷⁹. Badania sekcyjne mózgów schizofreników przeprowadzone na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles przez Kovelmana i Scheibela wykazały, iż w pewnych obszarach mózgów chorych na schizofrenię, komórki nerwowe są ułożone bardziej chaotycznie niż w mózgach osób zdrowych, co było bezpośrednim następstwem wadliwej migracji neuronów płodowych (tzw. okres embriogenezy). Inne badania wykazały występowanie w mózgu schizofreników zwiększonej ilości komórek nerwowych o nieprawidłowych rozmiarach, mogących powstać wyłącznie w okresie płodowym⁸⁰. Podkreśla się, iż nieprawidłowa migracja neuronów ma miejsce w drugim trymestrze rozwoju płodowego⁸¹.

⁷⁷ Co warto podkreślić, obecność tychże przeciwciał odnotowano również u krewnych pierwszego stopnia chorych na psychozę; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 45; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 110; J. Rybakowski: *Neuroimmunologia zaburzeń psychicznych*, [w:] Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii (red.) Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, s. 200.

⁷⁸ Przykładowo stwierdzono zwiększoną zapadalność u osób, których I trymestr życia płodowego przypadł w okresie głodu, podczas okupacji Holandii przez Niemców w okresie II wojny światowej; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 224.

⁷⁹ K. Fijał, K. Wędzony: *Neurorozwojowa teoria schizofrenii*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004, s. 101.

⁸⁰ E. Shorter: *op. cit.*, s. 294-295. Do podobnych wniosków prowadzą doświadczenia na zwierzętach, którym w okresie prenatalnym uszkodzano korę przedczołową i hipokamp, obserwując w okresie dojrzewania wystąpienie behawioralnych skutków takiej lezji, analogicznych do zachorowania na

▪ Hipoteza infekcyjna.

De facto hipoteza infekcyjna jest jedną z podgrup neurorozwojowej teorii schizofrenii. Rozwój mózgu w okresie embriogenezy może bowiem ulec zakłóceniu wskutek zakażenia wirusem. Zwiększone ryzyko schizofrenii związane z wpływem infekcji przebytych we wczesnym okresie życia może sugerować, że czynniki te nakładają się na procesy neurorozwojowe, zaburzając ich przebieg. Mechanizm ten tłumaczony jest dwójako: interakcją pomiędzy przeciwciałami skierowanymi przeciwko czynnikom chorobotwórczym, wytworzonymi w organizmie matki a tkanką mózgową płodu, bądź też bezpośrednią ingerencją wirusów w procesy neurorozwojowe mózgu zachodzące w drugim trymestrze⁸².

Schizofrenia częściej występuje wśród urodzonych późną zimą i wczesną wiosną, co każe zwrócić szczególną uwagę na wystawienie płodu w rozwoju wewnątrzmacicznym na infekcje matki, w zazwyczaj zimnych miesiącach zimowych. Wskazuje się, iż zwiększona liczba zachorowań na schizofrenię jest związana z infekcjami wirusowymi, w tym szczególnie z grypą czy też różyczką⁸³. Wpływ zakażenia wirusem w etiologii schizofrenii potwierdzają również zmiany neuropatologiczne – gliozą, blizną glejową oraz obecność przeciwciał dla różnych

schizofrenię u ludzi; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 225.

⁸¹ Inne teorie wskazują również na potencjalną możliwość nieprawidłowego funkcjonowania neuronów w okresie dojrzewania, co miałyby sprzyjać wystąpieniu objawów schizofrenii; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 126.

⁸² K. Fijał, K. Wędzony: *op. cit.*, s. 102. Hipotetycznym „schizowirusem” mógłby być albo jeden ze znanych wirusów (np. grypy, cytomegalii, Borna), bądź też inny czynnik przekazywalny; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 216-217.

⁸³ Doniosłość rozwoju wewnątrzmacicznego płodu w patogenezie schizofrenii potwierdzają dane wskazujące, iż dzieci chorujące na schizofrenię mają mniejszy obwód główki oraz mniejszą wagę ciała, w stosunku do ogólnej populacji dzieci; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 32-33. Hipotezę tę potwierdzają badania powiązań grypy i schizofrenii, mające za przedmiot dwie wielkie epidemie tego schorzenia wirusowego, mające miejsce w Finlandii i Danii. W Helsinkach (epidemia grypy w 1957 r.), duża ilość kobiet zaraziła się wirusem choroby w drugim trymestrze ciąży, podczas którego mózg płodu ulega najszybszemu rozwojowi. Dwadzieścia sześć lat później częstość występowania schizofrenii wśród dzieci tychże kobiet była wyjątkowo wysoka. Identyczne wyniki uzyskano w szeroko zakrojonych badaniach duńskich dzieci urodzonych w latach 1910-1950. Warto dodać, iż badania Tooreya i współpracowników wykazały korelację pomiędzy epidemią chorób zakaźnych (difteryt, zapalenie płuc, grypa, ospa, choroba Heinego-Medina) a późniejszym zwiększeniem częstości przypadków schizofrenii; E. Shorter: *op. cit.*, s. 295; K. Fijał, K. Wędzony: *op. cit.*, s. 102.

wirusów w płynie mózgowo-rdzeniowym i w surowicy u niektórych chorych na schizofrenię⁸⁴.

Jedną z odmian hipotezy infekcyjnej jest hipoteza retrowirusowa. W roku 2001 H. Karlsson i jego współpracownicy opublikowali wyniki swoich badań, które sugerują dużą rolę retrowirusów (wirusów RNA) w etiologii i patogenezie schizofrenii⁸⁵.

▪ **Hipoteza błonowo-lipidowa.**

Koncepcja sformułowana przez zespół kierowany przez Davida Horrobina zakłada, iż w etiopatogenezie schizofrenii istotną rolę odgrywają zaburzenia metabolizmu lipidów, głównie fosfolipidów błon komórkowych. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono bowiem obniżenie stężenia nienasyconych kwasów tłuszczowych w erytrocytach chorych na schizofrenię, co może wiązać się z występowaniem niektórych objawów psychopatologicznych⁸⁶. Twórca omawianej hipotezy stwierdził, iż mutacja genów związanych z gospodarką lipidową, np. kodujących aktywność fosfolipaz, mogła odegrać istotną rolę w ewolucji gatunku ludzkiego, zwłaszcza rozwoju o. u. n. Nieznaczne odchylenia na drodze ewolucyjnej mogą jednak doprowadzać do powstania genotypów manifestujących się m.in. zaburzeniami o charakterze schizofrenii⁸⁷.

⁸⁴ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 127. Gliozę (próliferację komórek glejowych) będącą swoistą reakcją na procesy zapalne i dezorganizację migracji i łączenia się neuronów, stwierdzono już w roku 1972, w trakcie badań sekcyjnych mózgów schizofreników. Również późniejsze badania *post mortem* mózgów zmarłych w szpitalu psychiatrycznym na schizofrenię, przeprowadzone w latach 80-tych ubiegłego wieku m.in. przez Janice Stevens, potwierdziły występowanie bardzo wyraźnych śladów gliozy – najczęściej w tych obszarach mózgu, w których najczęściej pojawiają się zmiany patologiczne charakterystyczne dla schizofrenii; E. Shorter: *op. cit.*, s. 295.

⁸⁵ D. A. Lewis: *Retroviruses and the pathogenesis of schizophrenia*, *Retroviruses and the pathogenesis of schizophrenia*, Proceedings of the National Academy of Science USA, tom 98, nr 8, s. 4293-4294; J. Rybakowski: *Neuroimmunologia zaburzeń psychicznych*, s. 201-202.

⁸⁶ J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 111; S. Pużyński, J. Rybakowski: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, s. 161.

⁸⁷ Koncepcja ta stała się przyczynkiem do prób stosowania, obok standardowej kuracji neuroleptycznej, kwasów tłuszczowych w leczeniu schizofreników. Obiecujące wyniki uzyskano w ramach suplementacji kwasami tłuszczowymi z serii omega – 3, potwierdzając istotną poprawę w zakresie objawów pozytywnych, jak i negatywnych; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 45; J. Rybakowski: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, s. 111.

▪ **Burze geomagnetyczne.**

Występująca w okresie zimowym i wiosennym tendencja podwyższonej liczby narodzin dzieci, u których w okresie późniejszym zdiagnozowano schizofrenię, szczególnie mocno uwidacznia się na półkuli północnej; wpływ ten w znacznie mniejszym stopniu występuje na półkuli południowej oraz w strefie równikowej. Jedną z możliwych hipotez tłumaczących obserwowane zjawisko jest teoria burz geomagnetycznych. Jeśli następują one w okresie zasadniczego rozwoju mózgu płodu, tj. od drugiego do siódmego miesiąca ciąży, mogą skutkować zwiększonym współczynnikiem zachorowalności na schizofrenię⁸⁸. Efekty wpływu zmienności pola geomagnetycznego na organizmy żywe były wielokrotnie opisywane w literaturze, szczególnie w literaturze rosyjskiej i angielskiej⁸⁹. Rezultaty badań mających za przedmiot porównanie reprezentatywnych danych dotyczących urodzin dzieci cierpiących w okresie późniejszym na schizofrenię, z danymi dotyczącymi wystawienia na ogólne zmiany geomagnetyczne i zakłóceniami pochodzące z burz geomagnetycznych w okresie od 2 do 7 miesiąca ciąży, sugerują możliwe oddziaływanie i związek burz geomagnetycznych ze schizofrenicznymi urodzinami. Dokładna natura i mechanizm tego związku są wciąż nieznane⁹⁰.

▪ **Nadużywanie substancji psychoaktywnych.**

Związek pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a schizofrenią jest złożony. Jak już wcześniej podkreślono przy omawianiu hipotezy

⁸⁸ Burze geomagnetyczne to globalne zaburzenie pola geomagnetycznego ziemi, trwające od kilku godzin do kilku dni. Ich powstanie jest efektem uderzania wysokoenergetycznych protonów wyrzucanych przez słońce w ziemską magnetosferę. Aktywność słoneczna wykazuje swoistą cykliczność, z których najbardziej widoczny jest cykl 11 letni

⁸⁹ Eksperymentalnie wykazano związek pomiędzy geomagnetycznymi warunkami a m.in. obniżeniem funkcji życiowych u bakterii, zaburzeniami rytmu dzielenia się fibroblastów (komórek tkanki łącznej) w embrionach ludzkich. Również wpływ burz geomagnetycznych na organizmy żywe był przedmiotem szerokich badań, które wykazały m.in. zwiększenie metabolizmu serotoniny, zmiany poziomów wytwarzania hormonu wzrostu, melatoniny, prolaktyny etc. Obserwowano również liczne zmiany na poziomie komórkowym (w tym również komórek glejowych) oraz w migracji neuronów.

⁹⁰ Można przypuszczać, iż efekty powiązane z geomagnetycznymi zaburzeniami, takimi jak zmniejszenie promieniowania kosmicznego i zwiększenie negatywnej jonizacji, mogą powodować zmiany w systemie immunologicznym oraz wpływać na poziom patogenów w powietrzu i funkcjonowanie neuroprzekazników w mózgu; R. W. Kay: *Schizophrenia and season of birth: relationship to geomagnetic storms*, Schizophrenia Research 66 (2004) 7-20.

dopaminowej, liczne badania kliniczne wykazały, iż środki o działaniu pobudzającym przekąźnictwo dopaminergiczne mogą doprowadzić do wystąpienia objawów psychotycznych lub zaostrzać ich przebieg. Nadużywanie narkotyków takich jak amfetamina, kokaina i LSD, może wywoływać silne psychozy zbliżone w objawach do schizofrenii oraz psychoz o podłożu organicznym i somatycznym, zwłaszcza przebiegających z zaburzeniami myśli i spostrzegania⁹¹. Badania przeprowadzone w latach 1993-1994 przez Allebecka, Hjorta i Ugeslstada oraz Linszena wykazały, iż używanie kanabis (*cannabis*) wywołuje psychozy schizofreniczne⁹². Substancje psychoaktywne (marihuana, amfetamina, kokaina) działając na różne układy neurotransmiterów w mózgu, wywołują różnorodne objawy dotyczące wielu funkcji psychicznych. W szczególności chodzi tu o zaburzenia toku myślenia, dekoncentrację, depersonalizację, lęk, nastawienia ksobne, omamy, urojenia. Z drugiej strony, schizofreniczne objawy negatywne mogą być mylone z zespołem zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym, wywołanych długotrwałym stosowaniem kanabinoli lub amfetaminy⁹³.

B. Czynniki genetyczne.

Dziedziczność jako determinant występowania schizofrenii, czy też szerzej temat ujmując psychoz, uznają obecnie niemal wszyscy psychiatrzy. Już w XVIII

⁹¹ J. Kocur, W. Trendak: *Podwójna diagnoza a opiniowanie sądowo-psychiatryczne*, Psychiatria Polska, 2009, tom XLIII, numer 5, str. 601-609. Amfetaminy mogą wywoływać psychozę paranoidalną podobną do schizofrenii urojeniowej. Kokaina powoduje m.in. takie objawy, jak sądy urojeniowe, gonitwę myśli, urojenia wielkościowe, objawy podobne do manii, zaś u około 50% osób zażywających - omamy dotykowe i węchowe. Przy zatruciu LSD występują nastawienia ksobne, zaburzenia urojeniowe, depersonalizacja, burzliwe omamy i złudzenia; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 108-113.

⁹² Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 90.

⁹³ J. Kocur, W. Trendak: *Podwójna diagnoza...*, str. 603. Dowodów dotyczących korelacji pomiędzy używaniem marihuany a psychozą, dostarczają również dane z badań przeprowadzonych przez Andreassona i współpracowników w szwedzkiej armii. Naukowcy zbierali wśród rekrutów informacje w przedmiocie używania narkotyków, którzy następnie zostali badani po upływie 15 lat. Wśród tych, którzy przyznali się wcześniej do używania marihuany więcej niż 50 razy, zachorowalność na schizofrenię była sześciokrotnie większa niż u tych, którzy marihuany nie nadużywali. Szacuje się, iż nawet ok. 20 – 50% populacji schizofreników w krajach zachodnich może być zakwalifikowanych jako nadużywający substancji psychoaktywnych bądź mających status tzw. podwójnie zdiagnozowanych pacjentów, co z uwagi na powszechność nadużywania narkotyków, podkreśla wagę problemu; M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 33-34.

i XIX wieku zwrócono uwagę na fakt częstszego występowania chorób psychicznych w obrębie rodzin, przy czym do czynników dodatkowych, które były rozpatrywane w tym względzie, należeć miały również różnice w cechach konstytutywnych, mające występować pomiędzy schizofrenikami i przestępcami a zdrowymi, normalnymi ludźmi⁹⁴. Zatem o wpływach genetycznych myślano już w pierwszych latach istnienia psychiatrii⁹⁵.

Sam E. Kraepelin zauważył, iż w rodzinach 70% chorych na *dementia praecox* występowały poważne („duże”) choroby psychiczne⁹⁶. Przez kolejne lata XX wieku koncepcja ta była sprawdzana poprzez badania rodzin i bliźniąt oraz badania adopcyjne. Pionierską rolę w tym względzie odegrały badania przeprowadzone przez szwajcarskiego psychiatrę Ernsta Rüdina, który wykazał w publikacji z 1916 r. częstsze występowanie schizofrenii u dzieci osób chorych na schizofrenię, w porównaniu z dziećmi osób zdrowych⁹⁷. Palmę pierwszeństwa w dziedzinie przeprowadzenia zakrojonych na szeroką skalę badań nad bliźniętami, przyznać należy niemieckiemu psychiatrze Hansowi Otto Luxenburgowi, który w publikacji pochodzącej z r. 1928 stwierdził, iż wśród bliźniąt jednojajowych 7,6% stanowiły pary, w których obie osoby były chore psychiczne; wśród bliźniąt dwujajowych

⁹⁴ Przykładowo, w okresie od XVI do XVIII w., melancholia i samobójstwa były tak częste w niektórych rodzinach zuryjskich, iż nie uszło to uwadze kronikarzy. Uważano, iż skłonność do melancholii miała swoje źródło we krwi, zaś w powszechnym użyciu był termin *malum hereditarium* (choroba dziedziczna). Stosowano wówczas pojęcie degeneracji, w rozumieniu której choroby psychiczne traktowane były jako rodzaj przekazywanej z pokolenia na pokolenie predyspozycji. Pionierzy psychiatrii, do których zaliczamy Chiariugiego, Rusha, Reila, Pinela, Esquirola i Haslama, byli przekonani o dziedzicznym charakterze wszelkich chorób psychicznych; E. Shorter: *op. cit.*, s. 39-42.

⁹⁵ Do jednej z najbardziej znanych w Europie rodzin, w której występowały powtarzające się choroby psychiczne, należała rodzina Victora Hugo oraz panująca w Bawarii rodzina Wittelsbachów; Z. Ćwikliński: *Komentarz do wykładów w sesji poświęconej historii schizofrenii*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 64. Zresztą jeden z jej przedstawicieli, dziwny król Ludwik II Bawarski cierpiący na paranoję, utonął w Jeziorze Starnberskim wraz z usiłującym go ratować i prowadzącym równocześnie jego leczenie, psychiatrą kierującym katedrą psychiatrii w Monachium, Bernhardem von Guddenem; E. Shorter: *op. cit.*, s. 92; Z. Ćwikliński: *op. cit.*, s. 64-65. Zaburzenia psychiczne występowały również w rodzinie Wiktora Chirszanowicza Kandinskiego, rosyjskiego psychiatry, którego praca „O pseudohalucynacjach”, oparta na własnych przeżyciach psychotycznych, weszła do kanonu dzieł ważnych dla rozwoju psychiatrii; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 33.

⁹⁶ E. Shorter: *op. cit.*, s. 264.

⁹⁷ J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 46. *Nota bene* sam Rüdin okrył się niesławą, pracując jako genetyk rozwijający program eugeniczny w nazistowskich Niemczech.

odsetek ten miał wynosić zero⁹⁸. Warto jeszcze wspomnieć o badaniach niemieckiego psychiatry Ernsta Kretschmera, który starał się udowodnić, iż właściwości budowy ciała oraz cechy temperamentu, a co za tym idzie i psychozy, są dziedzicznie uwarunkowane⁹⁹.

Dopiero osiągnięcia ostatniej dekady XX wieku i zastosowanie metod genetyki molekularnej pozwoliły na zbliżenie się do genetycznego substratu choroby. Najważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na schizofrenię jest posiadanie krewnego, który cierpiał na tę chorobę. Możliwość wystąpienia zasadniczych objawów schizofrenii wśród krewnych różnego stopnia przedstawia tabela 1.1.¹⁰⁰.

Tabela 1.1.

Częstość występowania schizofrenii wśród krewnych różnego stopnia

⁹⁸ E. Shorter: *op. cit.*, s. 266. Psychiatra H. Luxenburger, asystent E. Rüdina, w r. 1928 napisał habilitację na temat „psychiatrycznej biologii dziedziczenia”. Podczas II wojny światowej, w stopniu pułkownika, był współpracownikiem Niemieckiego Zakładu Badawczego Psychiatrii w Monachium i komendantem grupy dydaktycznej „Nauka i badania naukowe” w Wojskowej Akademii Medycznej Luftwaffe Berlin-Wittenau, której lekarze-specjaliści wsławili się przeprowadzaniem dla Luftwaffe zbrodniczych eksperymentów na chorych psychicznie; E. Klee: *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2009, s. 195, 197, 204.

⁹⁹ W toku badań dokonał podziału typu budowy sylwetki na leptosomiczny (w krańcowym ukształtowaniu przechodzący w asteniczny), atletyczny i pykniczny. Wśród leptosomiczów (asteników) o wątej budowie ciała, z charakterystycznymi dla nich skłonnościami do autyzmu i idealizmu, Kretschmer upatrywał schizofreników oraz niebezpiecznych zbrodniarzy. Ciekawostką jest fakt, iż do ludzi posiadających cechy schizotypiczne Kretschmer zaliczył Schillera, Spinozę, Kanta, Kalwina i Robespierre’a. *Nota bene* teorie Kretschmera, nazywane typologią konstytucjonalną bądź też typologią Kretschmera, po dzień dzisiejszy cytowane są również we współczesnych podręcznikach psychiatrii; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 64-65. W wyniku dalszych badań odpowiednio do typów budowy ciała Kretschmer wyróżnił trzy typy psychiczne, które nazwał temperamentami: cyklotypiczny, schizotypiczny i iksotypiczny. Typ schizotypiczny z tendencjami do zaburzeń psychicznych nazywany jest typem schizoidalnym, zaś typ cyklotypiczny z takimi tendencjami - typem cykloidalnym. Jeżeli nasilenie choroby jest duże, typ schizoidalny może popaść w schizofrenię, a cykloidalny - w psychozę maniako-depresyjną, obecnie nazywaną zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym; K. Dąbrowski: *Dezintegracja pozytywna*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1979, s. 73.

¹⁰⁰ M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray: *op. cit.*, s. 29.

Stosunek pokrewieństwa	Schizofrenicy (%)
Rodzice	5,6
Rodzeństwo	10,1
Rodzeństwo i jeden rodzic wykazujący objawy psychozy	16,7
Dzieci jednego z rodziców, wykazującego objawy psychozy	12,8
Dzieci obojga rodziców, którzy wykazują objawy psychozy	46,3
Wujowie/ciotki/siostrzeńcy/bratankowie	2,8
Wnukowie	3,7
Niespokrewnieni	0,86

Z kolei wedle H. I. Kaplana, B. J. Sadocka i V. A. Sadock¹⁰¹, częstość występowania schizofrenii w określonych populacjach przedstawia tabela 1.2.

Tabela 1.2.

Częstość występowania schizofrenii w określonych populacjach

Populacja	Częstość występowania %
Populacja ogólna	1-1,5
Krewni pierwszego stopnia ¹⁰²	10-12
Krewni drugiego stopnia	5-6
Dzieci obojga rodziców chorych na schizofrenię	40
Bliźnięta heterozygotyczne	12-15
Bliźnięta monozygotyczne	45-50

¹⁰¹ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 124.

¹⁰² Schizofrenia nie jest zaburzeniem sprzężonym z płcią; ryzyko zachorowania dziecka nie zależy od tego, które z rodziców jest chore; *ibidem*, s. 124.

W świetle powyższych danych, bezsprzecznie występowanie schizofrenii w rodzinach osób chorych jest większe niż w populacji ogólnej, zaś zgodność zachorowalności u bliźniąt monozygotycznych silnie przemawia na rzecz czynników genetycznych. Współcześnie przeprowadzone badania nad bliźniętami ze schizofrenią potwierdzają znacząco większą częstość współzachorowania u bliźniąt monozygotycznych niż u heterozygotycznych¹⁰³. Zresztą warto zauważyć, iż prace wiążące w założeniu czynniki genetyczne z występowaniem zaburzeń psychicznych, zapoczątkowane przez wspomnianego wcześniej Kretschmera, kontynuował niemiecki psychiatra Franz Kallmann, który doszedł do wniosku, iż zgodność występowania schizofrenii w przypadku bliźniąt heterozygotycznych wyniosła 14,7%, zaś u bliźniąt monozygotycznych wyniosła 85,5%. Kallmann pisał wręcz o „mendlowskich zasadach dziedziczenia schizofrenii”, dając przez to do zrozumienia, iż za wystąpienie schizofrenii odpowiedzialny jest jeden gen¹⁰⁴.

Z całą mocą podkreślić należy, iż gdyby choroba miała wyłącznie podłoże genetyczne, wówczas każde z bliźniąt monozygotycznych osoby chorej na schizofrenię byłoby również chore. Zważyć bowiem należy, iż bliźnięta jednojajowe powstają na skutek powtórnego podziału rozwijającego się zarodka, co powoduje, iż posiadają z reguły identyczny materiał genetyczny. Teoretycznie bliźnięta takie nie powinny się różnić niczym, co jest zdeterminowane genetycznie, a nie środowiskowo¹⁰⁵. W rzeczywistości, kiedy jedno z nich cierpi na psychozę, prawdopodobieństwo, że będzie ją miało również drugie, wynosi ok. 50%. Niewątpliwie więc czynniki genetyczne odgrywają dużą rolę i w znacznym stopniu

¹⁰³ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 53. Zgodność występowania schizofrenii w parach bliźniaczych w badaniach przeprowadzonych w latach 1946-1991 w sześciu krajach (USA, Wielka Brytania, Japonia, Finlandia, Norwegia, Dania) kształtuje się w przypadku bliźniąt monozygotycznych w granicach od 14 % do 69%; w odniesieniu do bliźniąt heterozygotycznych wskaźnik ten waha się od 3,5% do 20%; *ibidem*, s. 53.

¹⁰⁴ E. Shorter: *op. cit.*, s. 268; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 65-66. Pomimo jednoznaczności osiągniętych wyników, Kallmann u schyłku swego życia przyznał, iż tym, co rzeczywiście ulega dziedziczeniu, jest jedynie dyspozycja, która w określonych warunkach może, ale nie musi rozwinąć się w chorobę; K. Janowski: *op. cit.*, s. 66-67. Przedmiotowe badania Kallmann przeprowadził już w USA, gdzie wyemigrował po ogłoszeniu w Niemczech faszystowskich ustaw norymberskich. Badaniami objął bliźnięta przebywające w zakładach psychiatrycznych stanu Nowy Jork, gdzie wśród 73 tysięcy pacjentów odszukał 691 chorych na schizofrenię mających bliźniacze rodzeństwo; E. Shorter: *op. cit.*, s. 268.

¹⁰⁵ K. Jankowski: *op. cit.*, s. 66.

determinują podatność na schizofrenię. Natomiast o tym, czy choroba się rozwinie (czy też nie), decydują czynniki środowiskowe. W tym miejscu omawiana tematyka łączy się badaniami dzieci adopcyjnych. Otóż monozygotyczne bliźnięta mają nie tylko takie same geny, lecz także wzrastają w nieomal identycznym środowisku. Wyniki tych badań miały bowiem pozwolić oddzielić dziedziczne czynniki patogenetyczne od czynników środowiskowych, takich jak „zaburzone” środowisko rodzinne czy schizofrenogenna matka. Wyniki badań przeprowadzonych przez badaczy amerykańskich (Seymour Kety i Davida Rosenthala) na populacji dzieci duńskich wskazywały m.in., iż dzieci matek psychotycznych umieszczone w rodzinach adopcyjnych miały większą skłonność do schizofrenii i zaburzeń ze spektrum schizofrenii, niż dzieci adoptowane, których rodzice nie chorowali psychicznie. Wyniki tych badań, które wskazywały na czynniki genetyczne jako czynniki, które w sposób przeważający decydują o zachorowaniu na psychozę, zostały jednakże skrytykowane, zarówno co do przyjętej metodologii, jak i sposobu interpretacji¹⁰⁶. Z kolei badania przeprowadzone przez fińskich badaczy pod kierownictwem Pekka Tienariego objęły ponad dwieście dzieci oddanych do adopcji przez matki hospitalizowane z uwagi na psychozy z grupy schizofrenii. Wyniki tychże badań zdecydowanie potwierdzają doniosłą rolę zarówno czynników genetycznych, jak i czynników środowiskowych dla podatności na zachorowania na schizofrenię. Wskaźnik zachorowania w grupie oddanych do adopcji dzieci kobiet cierpiących na schizofrenię wyniósł 9%; w grupie kontrolnej wskaźnik ten wynosił 1,1%¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 55; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 67. Według S. Kety, ryzyko wystąpienia choroby niezależnie od rodziny, w której dziecko się wychowuje (dodajmy dziecko pochodzące od rodziców chorych na schizofrenię), wynosi 10-15%; S. Pużyński, J. Rybakowski: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, s. 161.

Pomimo głosów krytyki, do zasług dwukrotnie przeprowadzonych przez S. Kety badań (w 1968 r. i 1992 r.), należy podważenie koncepcji Kallmanna, iż za schizofrenię odpowiedzialny jest pojedynczy gen (czyli *de facto* wskazanie na poligeniczność etiologii choroby), jak również zapoczątkowanie całej serii badań genetycznych nad członkami rodzin, bliźniętami i dziećmi adoptowanymi; E. Shorter: *op. cit.*, s. 270.

¹⁰⁷ Z uwagi na obszerność przeprowadzonych badań, warto również wspomnieć o innych wnioskach wyciągniętych z badań. Stwierdzono bowiem, iż zaburzenia u dzieci adoptowanych znajdowały się w silnym związku ze środowiskiem, w którym dzieci się wychowywały, a którego zdrowie psychiczne było zaburzone. Równocześnie do najsilniejszych czynników, które wyjaśniają

Aktualnie najbardziej prawdopodobna wydaje się więc hipoteza, według której predyspozycję do zachorowania na schizofrenię powodują dwa lub więcej geny¹⁰⁸, działające nie swoiście, lecz w interakcji z czynnikami sprawczymi, takimi jak środowiskowe czynniki fizyczne i psychospołeczne. Pojawiła się również teoria, według której pewne postacie schizofrenii mogą być zdeterminowane genetycznie, zaś inne powstają wskutek uszkodzeń mózgu¹⁰⁹.

C. Czynniki psychospołeczne i środowiskowe.

▪ Badania psychoanalityczne.

Bez wątplenia przełomem w podejściu do schizofrenii było wykazanie przez E. Bleulera, pod wpływem koncepcji Freuda, iż pozytywne objawy schizofrenii – halucynacje i urojenia, nie są irracjonalne, lecz posiadają swoją wewnętrzną logikę i sens, jak również wyrażają w sposób symboliczny lęki chorego, jego pragnienia, cierpienia i uczucia. Dało to asumpt do interpretacji schizofrenii jako zespołu swoistych objawów, które stanowią sposób obrony przed bólem, będącym w swej istocie wynikiem konfliktu istniejącego w podświadomości. Przyjmując taki punkt rozumowania, za pomocą metody psychoanalitycznej można podjąć próby odkrycia konfliktu, który tak naprawdę dotyka najbardziej pierwotnych i najgłębszych warstw psychicznych¹¹⁰. Zygmunta Freud, twórca słynnej klasycznej

występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci adoptowanych, zaliczono kolejno: zaburzenie komunikacji wewnątrzrodzinnej, występowanie konfliktów między rodzicami a dziećmi w połączeniu ze zmienną genetyczną oraz jako ostatni czynnik brak empatii, także w połączeniu ze zmienną genetyczną; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 55-56.

¹⁰⁸ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 57. Badania prowadzone w roku 1995 przez Moisesa i współpracowników wykazały występowanie pięciu różnych miejsc w chromosomach, które działając wspólnie mogą powodować podatność na schizofrenię; *ibidem*, s. 57-58.

¹⁰⁹ Teoria powstała w następstwie badań przeprowadzonych przez zespół kierowany przez Reveleya w roku 1982 oraz Suddatha w roku 1990, zaś ich podstawę stanowiły wyniki badań przeprowadzonych na bliźniętach, z których tylko jedno chorowało na schizofrenię. W toku badań okazało się bowiem, iż bliźniacy wykazujący objawy schizofrenii posiadają w porównaniu do zdrowego rodzeństwa powiększone komory mózgowe. Dało to podstawę do powstania tezy, iż nieprawidłowości w budowie mózgu powstają niezależnie od czynników genetycznych; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 158. Z kolei w innych badaniach przeprowadzonych przez Cannona oraz Torrey'a, wykazano istnienie pozytywnej zależności między powiększeniem komór mózgowych, a genetycznymi predyspozycjami wystąpienia schizofrenii. Z tego też powodu powyższa teoria nie jest jednoznaczna; *ibidem*, s. 58.

¹¹⁰ D. R. Aleksandrowicz: *Psychoterapia schizofrenii: leczenie czy złuda?*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 76.

psychoanalizy, podczas swojej pracy nie miał nazbyt dużego doświadczenia z osobami psychotycznymi; stał bowiem na stanowisku, iż pacjenci cierpiący na psychozę (nie tylko na schizofrenię), nie są zdolni do nawiązania relacji przeniesieniowej, albowiem kryją się za murem choroby i są skupieni maksymalnie na sobie¹¹¹. Pomimo tego, Freud podjął próbę zgłębienia problematyki schizofrenii, co zaowocowało opracowaniami teoretycznymi oraz retrospektywną psychoanalityczną analizą słynnych pamiętników prawnika Paula Daniela Schrebera¹¹². Początkowo Freud twierdził, iż w psychozie schizofrenicznej mamy do czynienia z konwersją libido, czyli popędu dążącego do uzyskania przyjemności, z obiektów zewnętrznych na siebie samego. Później nieco zmodyfikował swoje poglądy i uznał, iż schizofrenia to innymi słowy powrót do okresu pierwotnego narcyzmu wraz z regresją psychiki do pierwszego roku życia, charakteryzującego się czystym autoerotyzmem¹¹³. Po utworzeniu teorii struktury funkcji psychicznych, opierającej się na pojęciach *id*, *ego* i *superego*¹¹⁴, Freud uznał, iż psychoza jest wynikiem konfliktu pomiędzy *ego* a światem zewnętrznym; *ego* znajduje się pod kontrolą *id* i traci związek ze światem zewnętrznym. W rezultacie *ego* atakowane przez nieznośny lęk, wynikający z frustracji zakorzenionych w popędach dążeń do

¹¹¹ *Ibidem*, s. 77.

¹¹² Według Shortera i Alanena, Schreber cierpiał na schizofrenię urojeniową; E. Shorter: *op. cit.*, s. 95; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 59. Opublikowane w r. 1903 „*Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*” zawierają historię choroby, własnoręcznie napisaną przez Schrebera pełniącego funkcję prezesa senatu saksońskiego i doktora praw. Chorobę Schrebera Freud w swoim studium zakwalifikował jednakże jako paranoję (*dementia paranoides*), wskazując jednocześnie na różnice występujące pomiędzy tą jednostką chorobową a *dementia praecox*. Freud uważał zresztą, iż najwłaściwszym określeniem dla schizofrenii byłby termin parafrenia. Nadto podkreślił, iż „zjawiska paranoidalne i schizofreniczne łączą się we wszystkich możliwych proporcjach, że może powstać obraz choroby taki, jak w przypadku Schrebera – obraz, który zasługuje na miano demencji paranoicznej, który zaś za sprawą występowania fantazji życzeniowej, halucynacji i mechanizmu projekcyjnego, a także ze względu na punkt wyjścia czyni zadość parafrenicznej cesze paranoidalnej”. Freud dokonując analizy autobiograficznych pamiętników zwrócił również uwagę, iż podłożem zachorowania na paranoję jest wybuch impulsu homoseksualnego; S. Freud: *Charakter a erotyka*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996, s. 135, 159, 161.

¹¹³ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 73.

¹¹⁴ Przez *id* Freud rozumiał całokształt potrzeb człowieka, takich jak potrzeba pokarmu, oddychania, snu, seksu. Wszystkie te potrzeby są instynktami, z góry zdeterminowanymi przez biologię człowieka, które kategorycznie domagają się natychmiastowego zaspokojenia. *Superego* to przyjęte od otoczenia uwewnętrznione nakazy, zakazy i wzorce kulturowe. *Ego* to potężna siła ukryta w psychice człowieka, zakazująca przekraczania norm kulturowych. *Id* i *superego* są przeciwstawne, co powoduje, iż człowiek znajduje się w permanentnym konflikcie motywów, wywołanym w głównej mierze przez pragnienia seksualne człowieka i uwewnętrznione normy, które w naszej kulturze silnie ograniczają popęd płciowy; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 113-114.

świata zewnętrznego, poddaje się, porzuca realność i stwarza nową, urojeniową realność wewnętrzną, która w psychotycznej, projekcyjnej formie, przeżywana jest po części jako współistniejąca i zastępująca obiektywną (zewnętrzną) rzeczywistość¹¹⁵.

Gorącym zwolennikiem stosowania psychoanalizy w leczeniu psychoz był również „ojciec psychiatrii amerykańskiej” – Adolf Meyer. Uważał, iż schizofrenia nie jest w istocie chorobą, lecz formą złego przystosowania określonego przez życiowe doświadczenia i „niewłaściwe nawyki”. Stąd też pewnego rodzaju nieszczęśliwe połączenie nieadekwatnych zachowań przystosowawczych z ostrym sytuacyjnym stresem może przyczynić się do tego, iż ktoś cierpi z powodu „schizofrenicznej reakcji”, którą Meyer ujmował jako dezorganizację lub zaburzenie nawyków i która czasem może kończyć się ogólną dezorganizacją osobowości i wycofaniem się¹¹⁶. Za ludzi szczególnie zagrożonych schizofrenią uznał on osoby o rozszczepionych (wypartych) wielu obszarach życia, popędach i innych potrzebach emocjonalnych¹¹⁷.

¹¹⁵ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 90. Należy podkreślić, iż przedstawione przez Freuda pierwotne stanowisko o niedostępności terapeutycznej pacjentów ze schizofrenią spowodowało w konsekwencji, iż psychoanalitycy w praktyce rzadko poświęcali się badaniom schizofreników. Przykładem osoby, która opowiadała się za wkroczeniem psychoanalizy w sferę schizofrenii, był uczeń Freuda Paul Federn, który przy zastosowaniu metod psychoanalizy z powodzeniem leczył cierpiących na schizofrenię; E. Shorter: *op. cit.*, s. 197; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 61.

Pomimo pesymistycznych wniosków, należy podkreślić wkład Freuda w rozwój wiedzy na temat psychoz. Jako pierwszy wskazał na rozwojową dynamikę symptomów psychozy oraz skierował uwagę na znaczenie nierozwiązanych konfliktów i frustracji potrzeb dla obrazu psychopatologicznego. Podkreślił także rolę symptomu jako mechanizmu kompensacyjnego, obronnego, kierowanego głównie w sposób automatyczny i nieświadomy; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materiałne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Wydawnictwo C. H. BECK, Warszawa 2013, s. 85-86.

¹¹⁶ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 54.

¹¹⁷ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 61. Należy jednak zauważyć, iż Meyer w swoich poglądach wykazywał dużą labilność. W pierwszych dziesięcioleciach pobytu w Stanach Zjednoczonych, jako pierwszy amerykański psychiatra przyjął i wprowadził nowy system Kraepelina. Równocześnie był zwolennikiem psychiatrii biologicznej i jej nurtu uważającego, iż źródłem wszystkich czynności umysłu jest mózg. W końcu Meyer był jednym z pierwszych członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, zaś dzięki jego osobie tradycja poddawania psychoanalizie pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi, zakorzeniła się w rejonie Waszyngton-Baltimore. Nie przeszkadzało mu to jednak kierować pacjentów do szpitala Trenton State Hospital, gdzie poddawano ich „tradycyjnemu” leczeniu, usuwając zęby bądź okrzężnice; E. Shorter: *op. cit.*, s. 109, 197.

Jednak miano najsłynniejszego psychoanalityka Stanów Zjednoczonych bez wątpienia przypada Harremu Stackowi Sullivanowi. W swoich poglądach wychodził z założenia, iż schizofrenia jest rezultatem przebiegającego stopniowo procesu, będącego w swej istocie nieskuteczną reakcją na lęk. Szczególną uwagę zwrócił na zaburzenia samoposzanowania oraz fenomen tajemniczego lęku ściśle związanego z rozwojem, który nieuchronnie prowadzi do schizofrenii¹¹⁸. Za ludzi zagrożonych schizofrenią Sullivan uważał osoby o rozszczepionych, wypartych obszarach życia, popędach i innych potrzebach emocjonalnych, zaś za niezwykle istotny okres decydujący *de facto* o wystąpieniu psychozy uważał okres szkolny i dojrzewania¹¹⁹.

Poglądy Sullivana na związki zachodzące między rozwojem potrzeb człowieka a kulturą i środowiskiem są w wielu przypadkach zbieżne z poglądami Ericha Fromma, który dodatkowo zwracał szczególną uwagę na rozwój potencjalnych możliwości człowieka do kochania i bycia kochanym, co ma fundamentalne znaczenia dla rozwoju psychicznego¹²⁰. Poglądy Sullivana przejęła oraz rozwinęła żona Ericha Fromma, Frieda Fromm-Reichmann. Wedle stworzonej przez nią koncepcji, przyczyną schizofrenii są błędy wychowawcze popełniane przez matki w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym. Po ukazaniu się jej dzieł na

¹¹⁸ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 60; E. Shorter: *op. cit.*, s. 197-198. Podczas stosowanej przez siebie terapii psychoanalitycznej przejawiał dużą troskliwość wobec pacjentów, uważając równocześnie, iż chorych należy zostawić w spokoju w nadziei, że ci „niezwykle utalentowani, a więc przydatni społecznie ludzie”, wyzdrowieją samoistnie. Warto wspomnieć, iż Sullivan był również zwolennikiem leczenia schizofrenii za pomocą przedłużonego snu. W tym celu posługiwał się alkoholem, oszałamiając pacjentów na okres od 3 do 10 dni; E. Shorter: *op. cit.*, s. 198, 228, 243.

¹¹⁹ Małe dziecko obserwując interakcje zachodzące pomiędzy członkami rodziny, wyrabia sobie pewne wyobrażenie o stosunkach międzyludzkich, a także, generalizując, o stosunkach istniejących w całym społeczeństwie. W konsekwencji schizofrenogenne relacje występujące pomiędzy rodzicami a dzieckiem uniemożliwiają zdobycie przez dziecko prawidłowych reakcji, które eliminowałyby lęk; w następstwie dziecko ma zniekształconą, patologiczną percepcję stosunków międzyludzkich. Zwracał on również uwagę na problemy samoposzanowania w okresie dojrzewania; powodzenie w relacjach interpersonalnych poza rodziną może prowadzić do bardziej zrównoważonego rozwoju i zmniejszyć ryzyko psychozy. Rozwój przybiera bardziej niekorzystny przebieg, gdy frustracje w związkach interpersonalnych prowadzą do bierności, wycofania, a urazy godzące w samoposzanowanie równoważone są narcystycznymi fantazjami; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 61, 88; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 121

¹²⁰ Fromm zwracał również uwagę na olbrzymią rolę niskiej samooceny człowieka w rozwoju zaburzeń psychicznych. Niskie poczucie własnej wartości znajduje swoje prazródło w układach rodzinnych, w stosunkach zachodzących między rodzicami a dzieckiem; K. Jankowski: *op. cit.*, s. 119-120, s. 162.

przełomie lat 40 i 50 ubiegłego wieku, całe rzesze amerykańskich matek nazwano „schizofrenogennymi matkami”¹²¹.

Olbrzymi krok w kierunku rozumienia psychozy uczyniła psychoanalityczka z *British Object Relations School*, Melanie Klein. W opublikowanym w roku 1946 przełomowym artykule „Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych”, poruszyła temat psychicznego funkcjonowania niemowlęcia w pierwszych 3 miesiącach życia oraz relacji z matką. Z jednej bowiem strony obnażyła w nim mechanizmy leżące u podłoża schizofrenii i wielu codziennych aspektów życia, z drugiej zaś po raz pierwszy odważyła się zanegować poglądy Freuda¹²². Opisując różne sposoby radzenia sobie z lękiem, Klein wyróżniła pozycję paranoidalno-schizoidalną i pozycję depresyjną. Wedle jej poglądu, pierwszy rok życia niemowlęcia zawiera dwa etapy rozwojowe, tzw. pozycje, które mają kolosalne znaczenie dla późniejszego rozwoju osobowości. W pozycji pierwszej, tzw. **paranoidalno-schizoidalnej**, przeważające znaczenie mają procesy rozszczepienia, rzutowania¹²³ i introjekcji¹²⁴, służące do obrony przed „złymi” obiektami (frustrujące, złe doświadczenia ze sobą i światem, np. brak nakarmienia głodnego niemowlęcia piersią przez matkę), jak również przed nienawidzącym *ego* i prześladowczym lękiem wywołanym przez te wyobrażenia. Na tym etapie rozróżnienie dobra i zła jest niezwykle istotne, zaś pomieszanie tych aspektów zagraża psychicznemu funkcjonowaniu niemowlęcia. Ewentualna fiksacja na tym etapie powoduje podatność na regresję do stanów urojeniowych

¹²¹ E. Shorter: *op. cit.*, s. 198. Warto wskazać na mało znany fakt z życia Friedy Reichman. Otóż w znanej książce J. Greenberg „*I never Promised You a Rose Garden*” („Nigdy ci nie obiecywałam ogrodu różanego”), stanowiącej relację o chorobie psychicznej autorki, główna bohaterka cierpiąca na psychozę jest leczona przez psychoanalityka, którym w realnym świecie była właśnie Frieda Reichmann; *ibidem*, s. 209.

¹²² J. Segal: *Melanie Klein*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 41-42.

¹²³ Identyfikacja destrukcyjna to jeden ze sposobów, w jaki niemowlę próbuje sobie radzić z własną destrukcyjnością. Polega na przykład na przypisywaniu swojego gniewu komuś innemu lub odczuwaniu obawy wobec osób, których się nienawidzi. Dziecko stosując ten mechanizm doświadcza własnej agresji jako uczucia przychodzącego z zewnątrz. Na początku życia niemowlę odczuwa lęk przede wszystkim przed atakiem ze strony sutka i piersi.

¹²⁴ Introjekcja to mechanizm, w wyniku którego pewne aspekty drugiej osoby zostają umieszczone w Ja (*self*). Jeśli następuje pod wpływem pozycji paranoidalno-schizoidalnej, to uwewnętrznione części obiektu ulegają rozszczepieniu i idealizacji: stają się przerysowane i cudowne lub nadmiernie prześladowcze i niebezpieczne.

i schizofrenicznych¹²⁵. Pozycja druga, tzw. **depresyjna**, rozpoczynająca się po przekroczeniu szóstego miesiąca życia, w czasie której dziecko osiąga możliwość postrzegania matki jako jednego obiektu i równocześnie jest świadome, iż zarówno dobre, jak i złe doświadczenia można już przypisywać do jednego obiektu i do jednego *ego*, a nie do oddzielnych obiektów „dobrych” i „złych”. Powoduje to koncentrację na matce oraz silne pragnienie naprawienia tego, co dziecko odczuwało wcześniej jako uczynioną matce szkodę. To właśnie te odczucia mają fundamentalne znaczenie dla wykształcenia w człowieku naturalnego, zdrowego poczucia winy i moralności, co powoduje zmniejszenie tendencji do wystąpienia psychozy. Pomiędzy mechanizmem paranoidalno-schizoidalnym a depresyjnym istnieje nieustanne napięcie, a ludzie oscylują między jednym stanem a drugim. W ciągu życia każde doświadczenie stresu uruchamia mechanizmy i fantazje paranoidalno-schizoidalne¹²⁶. Na koniec warto podkreślić, iż Melanie Klein przypisywała dużą rolę w powstawaniu stanów psychotycznych wewnętrznemu poczuciu samotności¹²⁷.

Bez wątpienia koncepcje psychoanalityczne, pomimo tego, iż w chwili obecnej są traktowane jako „niszowe”, wciąż są żywe, czego wyrazem są podejmowane próby przeszczepiania na grunt psychoanalizy najnowszych osiągnięć badań neurobiologicznych, a nawet próby integracji¹²⁸.

▪ Psychodynamiczne badania rodziny.

W poszukiwaniu przyczyn schizofrenii, psychoanalitycznie nastawieni specjaliści poddali badaniom rodziny, szukając w związkach rodzinnych potencjalnego źródła powstawania zaburzeń. Z uwagi na fakt, iż w USA psychoanaliza od wczesnych lat 30 do lat 70 ubiegłego wieku odgrywała pozycję

¹²⁵ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 62.

¹²⁶ J. Segal: *op. cit.*, s. 64.

¹²⁷ „(...) stan wewnętrznego osamotnienia wynika z wszechobecnej tęsknoty za nieosiągalnym stanem wewnętrznej doskonałości. Osamotnienie to, którego każdy w jakiejś mierze doświadcza, ma swoje źródło w lękach paranoidalnych i depresyjnych wywodzących się z psychotycznych lęków niemowlęcia. Lęki te obecne są w jakimś stopniu w każdym z nas, ale w stanach chorobowych występują w nadmiarze: samotność jest więc elementem choroby, zarówno schizofrenicznej, jak i depresyjnej natury”; *ibidem*, s. 49-50.

¹²⁸ Szczególną rolę odgrywa tutaj praca Michaela Robbinsa, który opierając się na długotrwałej praktyce psychoterapeutycznej przedstawił pogląd, iż schizofrenia jest wyrazem zarówno zmian biologicznych w mózgu, jak i deficytów i anomalii wczesnego dzieciństwa; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 63-64.

dominującego paradygmatu¹²⁹, podstawowe znaczenie w psychodynamicznych badaniach nad rodziną miały rezultaty analiz amerykańskich. Szczególną rolę odegrały tutaj wyniki badań nad środowiskiem rodzinnym w dzieciństwie, przeprowadzone przez Theodore Lidz. W wydanej w 1965 r. pracy pod nazwą „*Schizophrenia and the Family*” (T. Lidz, S. Fleck, A. R. Cornelison), będącej pokłosiem powyższych badań, opublikowano następujące wnioski:

- a. W 60% rodzin rodzice (jedno bądź obydwoje) wykazywali poważne zaburzenia osobowości. Zespół określił taką zależność „przekazem irracjonalności”, definiując ją jako przekazywanie dzieciom przez rodziców zaburzonych sposobów myślenia i dalsze nieuchronne kontinuum w postaci przekazywania zaburzeń z pokolenia na pokolenie.
- b. W zaburzonych małżeństwach zespół badawczy wyróżnił dwa typy: schizmatyczne i ukośne. Typ pierwszy charakteryzuje uporczywa, wroga i patologiczna wręcz niezgoda prowadząca do ciągłego zaniżania wartości partnera w oczach dzieci; w typie drugim wzajemną atmosferę ukształtowaną przez zaburzonego rodzica przyjmującego dominującą pozycję, który narzuca i podporządkowuje sobie drugiego rodzica, prezentującego z reguły zdrowy sposób myślenia.
- c. Wskutek ciągle odczuwanego niezadowolenia ze związku i zaburzonych relacji, rodzice stawiają swoim potomkom wymagania uczuciowe, które winny być zaspokajane w relacjach z partnerem. Taka wzajemna i patologiczna w swej istocie symbiotyczność rodzica i dziecka bardzo często wywołuje paniczny lęk, z podtekstami kazirodczymi bądź homoseksualnymi, powodując w rozwoju tożsamości seksualnej dziecka poważne problemy.
- d. Cechą charakterystyczną stosunków rodzinnych jest zróżnicowanie pozycji rodziców; ojcowie dzieci psychotycznych są zazwyczaj bierni i wyciszeni, stanowiąc dla potomków płci męskiej słaby wzorzec tradycyjnych cech

¹²⁹ E. Shorter przyczynom triumfu psychoanalizy na kontynencie amerykańskim poświęcił w szczególności rozdział 5 pracy „*Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*”, zatytułowaną „*Wyrwa psychoanalityczna*” (s. 165-210).

męskich. Z kolei matki odgrywają dominującą rolę, szukając w osobie syna zaspokojenia odczuwanych braków uczuciowych. W odniesieniu do psychotycznych córek, matki były zimne, nieprzystępne i znikomo uosabiające cechy kobiecości; ojcowie zaś szukali dopełnienia, zachowując się w sposób uwodzicielski¹³⁰.

Kolejną teorią, której należy się bliżej przyjrzeć, jest koncepcja podwójnego wiązania, opracowana przez antropologa G. Batesona i jego zespół. Sytuacja, która zawiera podwójne wiązanie, polega na przekazie informacji na dwóch różnych poziomach, nie pasujących do siebie. Tego typu niedostosowanie zachodzi najczęściej pomiędzy przekazem werbalnym a pozawerbalnym. Typowym przykładem jest sytuacja, gdy matka zachęca dziecko do pieszczot, ale w momencie ich otrzymania, nie odwzajemnia ich dziecku, co prowadzi z kolei do zmieszania dziecka i riposty matki niezadowolonej z ustania pieszczot. Powyższa sytuacja doprowadza dziecko do odczuwania przeciwnych i niejednoznacznych form porozumiewania się, a co gorsza, wpaja mechanizm unikania korelacji międzyludzkich, z uwagi na powodowany przez nie lęk; w konsekwencji zaś stwarza tendencję, odruch do wycofywania się do swojego wewnętrznego świata. Koncepcja ta ma wymiar psychodynamiczny i znajduje zastosowanie do relacji zachodzących między trzema osobami, np. w trójkącie matka – ojciec – dziecko¹³¹.

Z kolei Lyman C. Wynne i jego współpracownicy opracowali koncepcję „pseudowzajemności” oraz „pseudowrogości”, która utożsamiana jest z panującą w rodzinie atmosferą izolującą ważne uczucia. W przypadku rodzin „pseudowzajemnych” rodzice okazują sobie i dzieciom pozory ładu i wiecznej zgody rodzinnej, zaś wyrażanie jakichkolwiek objawów i uczuć wrogości jest niedopuszczalne. W przypadku ich pojawienia się, dzieci przeżywają lęk i za wszelką cenę usiłują zaprzeczyć odczuwanym uczuciom. Z kolei w rodzinach

¹³⁰ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 66-67.

¹³¹ *Ibidem*, s. 67. Bez wątpienia hipoteza „podwójnego wiązania” Batesona głosząca, iż ze wszystkich członków rodziny najbardziej chore są właśnie matki, nawiązywała do pojęcia „schizofrenogennej matki” Fromm-Reichmann i stała się jednym z kamieni węgielnych powstania przekonania, iż matki są odpowiedzialne za powstawanie psychoz wśród dzieci; E. Shorter: *op. cit.*, s. 198-199.

„pseudowrogich” stosunki rodzinne są zdominowane przez ciągłe niesnaski i kłótnie; wszelkie uczucia serdeczności, miłości i ciepła są wypierane i tłumione. Opisywana atmosfera rodzinna oraz dominujące zjawiska mają być swoiste dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię¹³².

Alanen podkreśla, iż wyników psychodynamicznych badań rodzin nie należy używać jako narzędzia do ataku na rodziców, jako odpowiedzialnych za wywołanie choroby u dziecka. Rodzice nie krzywdzą bowiem świadomie swoich dzieci, lecz tak naprawdę są raczej ofiarami własnych trudności, problemów i lęków, z którymi sami nie są w stanie sobie poradzić. Wszelkie związki zachodzące między członkami rodziny przebiegają dwukierunkowo lub w trójkącie, dzieci wpływają na rodziców i rodzice na dzieci. Wyróżniono cztery możliwe wyjaśnienia związków zachodzących pomiędzy zaburzeniami rodziców a schorzeniem dziecka:

- etiologiczne – zaburzenia rodziców wywołują u dziecka schizofrenię;
- reaktywne – zaburzenia rodziców wynikają z choroby dziecka (obejmują także reakcje rodziców na wczesne przejawy podatności dziecka, np. nadwrażliwość i skłonność do izolowania się¹³³);
- sytuacyjne – rodziny z dzieckiem chorym na schizofrenię zachowują się w sytuacji badania w sposób zaburzony;
- interakcyjne – istnieje złożony zespół informacji zwrotnych w wewnątrzrodzinnym systemie patogennych interakcji¹³⁴.

¹³² Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 68.

¹³³ Większość schizofreników charakteryzuje się hiperestezją (nadwrażliwością), silną lękliwością i autyzmem. Powoduje to, iż w sytuacjach konfliktowych, jeszcze przed właściwym wybuchem psychozy, są spychani na margines, traktowani przez otoczenie ze zdziwieniem lub pobłażliwością; uciekają się do natury, do świata twórczego, do marzeń, wspomnień lat dziecięcych, do ideału miłości i przyjaźni. Tendencje do izolacji od otoczenia i wchodzenia w światy „schizofreniczne” utrudnia przystosowanie się do rzeczywistości, a tym samym pogłębia dezintegrację jednostki; K. Dąbrowski: *op. cit.*, s. 21-24.

¹³⁴ Alanen, podobnie jak i P. Dell uważa, iż czynniki interakcyjne są najważniejsze i najtrafniejsze, zaś trzy pierwsze związki, mimo, że zawierają wzajemne powiązania interakcyjne, nie wykazują na tyle wystarczającej siły, aby wykluczyć pozostałe; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 71.

▪ **Kierunek „antypsychiatryczny”¹³⁵.**

Genezy powstania tego kierunku szukać należy przede wszystkim w oderwaniu klasycznej medycyny psychiatrycznej od pacjenta. Psychiatryzy traktując chorych psychicznie jak „zwykłych” pacjentów z organicznymi schorzeniami, których leczy się tylko za pomocą tabletek i zastrzyków, zupełnie oddalili się od chorych psychicznie, którzy potrzebują czegoś więcej niż tylko pięciominutowego wywiadu lekarskiego oraz bezuczuciowego nadzoru w szpitalu¹³⁶. Zwolennicy tego kierunku uznają, iż choroba psychiczna nie jest problemem medycznym, tylko społeczno-politycznym i prawnym, zaś sama choroba tak naprawdę nie istnieje.

W Wielkiej Brytanii palmę pierwszeństwa w propagowaniu i rozwoju antypsychiatrii dzierży psychiatra szkocki Ronald David Laing, autor słynnej pracy „Podzielona „ja””. Przedstawiona w niej teza mówi, iż schizofrenia może być wynikiem większej niż zazwyczaj trudności w byciu pełną osobą w relacjach z innymi ludźmi oraz nieprzyjmowania powszechnego w danej społeczności sposobu odbierania swojej egzystencji w świecie. Laing uważał, iż w istocie to, co zwykle nazywamy psychozą, jest po prostu nagłym zrzućeniem maski fałszywego „ja”, które do tego czasu służyło jako narzędzie utrzymywania zewnętrznej normalności zachowania. Prawdziwe „ja” wytacza wówczas oskarżenia wobec osoby, której przez cała lata niewolniczo ulegało¹³⁷. Laing stał na stanowisku, iż główny problem krystalizuje się w kwestii wyboru pomiędzy byciem szczerym a obłudnym, w uległym stosunku wobec woli innych, w stosunku do intencji i oczekiwań, bądź też wobec tego, jak sobie owe intencje i oczekiwania wyobrażamy;

¹³⁵ Autor zdecydował się na umieszczenie niniejszego podrozdziału wychodząc z założenia, iż pomimo stosunkowo małej popularności tego nurtu w chwili obecnej, każdy pogląd odnośnie schizofrenii winien zostać dostrzeżony i opisany. Ponadto zważyć należy, iż ruch „antypsychiatryczny” zdobył w latach 60 i 70 ubiegłego wieku dużą popularność wśród intelektualistów w Europie i Stanach Zjednoczonych, stanowiąc egzystencjalną wykładnię osobowości schizoidalnej i schizofrenicznej.

¹³⁶ Pewną popularność poglądy antypsychiatryczne osiągnęły już w XIX wieku, szczyt popularności osiągając w drugiej połowie XX wieku. Przyczyniło się do tego opublikowanie w roku 1961 przez Michela Foucaulta dzieła zatytułowanego „Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu”, w którym chorobę psychiczną uznano za produkt społeczno-kulturowy. Nie bez wpływu na rozwój tego ruchu pozostawał również klimat lat 60, który sprzyjał wrogości wobec autorytetów (nie tylko medycznych), jak również popularność lewicowych poglądów uznających m.in. psychiatrię za narzędzie w rękach burżuazji; E. Shorter: *op. cit.*, s. 299.

¹³⁷ R. D. Laing: *op. cit.*, s. 128-130.

powoduje to w konsekwencji powstawanie fałszywego „ja”. Jednostka, której system fałszywego „ja” nie jest jeszcze naruszony atakami „ja” wewnętrznego, może stwarzać pozory kogoś całkiem normalnego. Jednakże za „zdrową fasadą” może się już toczyć skrycie proces psychotyczny. Jakże więc ta koncepcja Lainga zbliża się do koncepcji A. Bilikiewicza, który nazywał proces występowania prawdziwego i fałszywego „ja” tzw. podwójnym księgowaniem¹³⁸. Zewnętrzne zachowanie schizofrenika stanowi jego system obronny, który pozwala „ja” pozostać bezpiecznym i nierozpoznanym. Laing uważał, iż schizofrenia w większości przypadków sprowadza się do nonsensownych, nielogicznych, niezrozumiałych i zawiłych wypowiedzi, mających w zamierzeniu odwrócić uwagę słuchacza (np. psychiatry) od istoty schizofrenika, wywołać jego znudzenie i zniechęcenie. Schizofrenicy z reguły uznają badających ich psychiatrów za głupców, osoby ograniczone, nie mogące i nie potrafiące się chociażby zbliżyć do prawdziwego „ja” schizofrenika; w konsekwencji robią świadomie, tak z siebie, jak i z lekarza, głupca¹³⁹.

Pomimo podkreślanej przez Lainga szczególnej roli pierwszego roku życia, również cechy środowiska, w którym dziecko spędza okres od niemowlęstwa do dojrzałości, wywierają olbrzymi wpływ na nie. We wspomnianym okresie ojciec lub ktoś inny może odegrać decydującą rolę w życiu dziecka poprzez bezpośrednie z nim relacje, czy też pośrednio, wpływając na jego matkę¹⁴⁰. W tym miejscu poglądy

¹³⁸ Schizofrenik czuje, iż zabił swoje „ja” - a zrobił to dlatego, aby uniknąć zabicia przez kogoś innego. Jest więc martwy po to, aby pozostać przy życiu. Znamienne są tu słowa wypowiedziane przez schizofreniczkę Joan, leczoną przez Lainga: „*musisz emocjonalnie umrzeć, bo inaczej twoje uczucia cię zabiją*”; *ibidem*, s. 229.

¹³⁹ Potwierdza to również Carl Gustav Jung, który twierdził, iż schizofrenik przestaje być schizofrenikiem, kiedy spotka kogoś, przez kogo czuje się zrozumiany. W takiej sytuacji większość dziwactw, które brane były za „objawy choroby” po prostu zanika; *ibidem*, s. 2.

Z drugiej strony Jung kładł nacisk na niepojętość fenomenologii schizofrenii, o czym najlepiej świadczą jego słowa: „*Tam jest ewidentny chaos niespójnych wizji, głosów i postaci, a wszystkie są przedziwnej i niepojętej natury. Jeśli w ogóle odgrywa się tu jakiś dramat, to z pewnością nie jest on przez pacjenta rozumiany. W większości wypadków wykracza on tak bardzo poza rozumienie samego lekarza, że skłonny jest on wątpić w zdrowie psychiczne każdego, kto w majaczeniu obłąkanego zobaczy coś więcej niż czyste szaleństwo*”; R. Lucas: *op. cit.*, s. 170.

Dla Junga istota schizofrenii polegała na produkcji snów na jawie. Proces psychotyczny jest zaś kompensacją, rozwiązaniem wypartego wcześniej konfliktu, ale na poziomie prymitywnego, fantastyczno-symbolicznego zachowania; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 86.

¹⁴⁰ R. D. Laing: *op. cit.*, s. 246.

Lainga sprzeciwiają się koncepcji „matki schizofrenogennej”, albowiem za decydującą rolę w życiu dziecka uznawał on relacje zarówno z matką, jak i ojcem¹⁴¹. Warto nadmienić, iż bardziej radykalne stanowisko od poglądów Lainga zajmował polski psycholog kliniczny, psychiatra i filozof Kazimierz Dąbrowski, twórca teorii dezintegracji pozytywnej. Zgodnie z tą teorią, zaburzenia psychiczne należą w większości przypadków do zjawisk pozytywnych i są korzystne dla rozwoju osobowości, zarówno w płaszczyźnie społecznej, moralnej, jak i biologicznej. W istocie swej, nieprawidłowości te są konieczne dla ewoluowania jednostki w kierunku wyższego poziomu integracji. Wzmożona pobudliwość psychiczna w formie psychomotorycznej, sensualnej, imaginatywnej i emocjonalnej, jest wyraźną oznaką pozytywnego rozwoju. Stany te często spotykane są u jednostek w okresie ich największego rozwoju psychicznego, często też towarzyszą twórczości¹⁴².

6. OBJAWY SCHIZOFRENII.

Jak już wspomniano w punkcie 3 niniejszego rozdziału, zarówno ICD-10 jak i DSM-IV-TR przewidują rozpoznawanie podtypów schizofrenii. Zważyć jednak należy, iż psychoza ta charakteryzuje się dużą różnorodnością objawów u każdego z pacjentów, które dodatkowo notorycznie podlegają fluktuacjom w czasie jej trwania. Postacie kliniczne często się mieszają, przechodząc jedna w drugą, co powoduje trudności z określeniem, która postać tak naprawdę dominuje w przebiegu choroby. Co więcej, obecnie wyróżniane postacie różnią się jedynie dominacją lub przewagą określonych grup objawów bądź innych cech klinicznych. Jak dowiodły liczne badania, w perspektywie wielu lat i wielu nawrotów choroby, stabilność i ostrość wyróżnianych postaci jest niewielka i mają one ograniczoną wartość prognostyczną¹⁴³. Autor jest więc przeświadczony, iż prawidłowe będzie przeprowadzenie charakterystyki problematyki objawów psychozy w kontekście

¹⁴¹ Laing używał raczej określenia „schizofrenogennych rodziców”.

¹⁴² K. Dąbrowski: *op. cit.*

¹⁴³ J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 238-239.

podziału symptomów schizofrenii na pięć grup, które są charakterystyczne dla różnych zespołów schizofrenicznych, tj. **objawów pozytywnych, negatywnych, poznawczych, związanych z pobudzeniem oraz objawów lęku i depresji**. Takie podejście umożliwi scharakteryzowanie różnorodności i bogactwa objawów schizofrenicznych, jak również przybliży i pozwoli chociażby w małym stopniu wejść w świat wewnętrznych przeżyć schizofrenika.

A. OBJAWY POZYTYWNE.

Przypomnijmy, iż do objawów pozytywnych zaliczamy omamy, urojenia, dezorganizację mowy i zachowania, jak również objawy *stricte* katatoniczne. Wydaje się, że oznaki te już na pierwszy rzut oka wydają się łatwiejsze do zauważenia i obserwacji, aniżeli objawy negatywne. Warto zauważyć, iż omawiane objawy schizofrenii stanowią przerost, zniekształcenie funkcji występujących u ludzi zdrowych. Można więc mówić o specyficznych „dodatkach” do zwyczajnego myślenia, emocji czy też zachowań¹⁴⁴. Niemniej stopień ich nasilenia, utrwalenie, głębokość przeżyć, zanik poczucia obiektywnej rzeczywistości i patologiczna jej interpretacja powodują, iż występowanie tych objawów stanowi podstawę rozpoznania psychozy w takich systemach diagnostycznych, jak kryteria pierwszorzędowe Schneidera, kryteria Feighnera, czy też RDC. Podkreślić należy, iż posiadanie przez chorego silnych symptomów pozytywnych psychozy, w sposób znaczący zwiększa ryzyko przemocy i czynów agresywnych. Do czynów przestępczych zazwyczaj dochodzi w aktywnej fazie choroby, dlatego psychotyczni sprawcy agresywnych zachowań skierowanych przeciwko innym ludziom działają najczęściej pod wpływem przeżywanych urojeń i omamów¹⁴⁵.

¹⁴⁴ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 193.

¹⁴⁵ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 99-102.

a. Urojenia¹⁴⁶.

Najkrócej rzecz ujmując, przez urojenia rozumieć należy fałszywe sądy o błędnej treści, które schizofrenik wypowiada z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości i niepodważalności, nie poddające się jakiegokolwiek logicznej argumentacji, perswazji ani korekcie. Urojenia najczęściej przybierają postać absurdalną, dziwaczną i nieprawdopodobną. Niemniej na pierwszy rzut oka mogą także sprawiać wrażenie usystematyzowanych, logicznych i rzeczowych; dopiero pogłębiona analiza toku rozumowania i przesłanek leżących u ich podstaw, pozwala na stwierdzenie patologicznych treści i charakteru¹⁴⁷. Zauważyć należy, iż w schizofrenii człowiek staje się w całości zupełnie inną osobowością, a urojenia dotyczą zarówno samego chorego, jak i całego świata, który jest rażąco odmienny od świata otaczających go ludzi. Dygresja ta jest tym bardziej cenna, jeśli zauważymy, iż nastawienia urojeniowe są powszechnie spotykane również w życiu codziennym. Często pod wpływem silnych uczuć emocjonalnych, np. poczucia winy, miłości, krzywdy czy zdrady, następuje diametralna zmiana obrazu rzeczywistości. Co więc decyduje o uznaniu, iż dany osobnik jest chory, jakie jest kryterium wartościujące? Otóż uznać należy, iż istnieje pewien model powszechnie akceptowanych norm, zachowań, przekonań, do którego to modelu są porównywani ludzie posiadający inność widzenia świata. Jeśli granice odmienności widzenia świata są przekroczone z uwagi na siłę, utrwalenie, granice i stopień owładnięcia nimi człowieka, jak również stopień odbiegania od tegoż modelu, by nie powiedzieć wręcz rażącą odmiennością od świata otaczających go ludzi, osoba dotknięta takim przymiotami uznawana jest za chorą psychicznie posiadającą urojenia. Przechodząc do dalszego opisywania urojeń, bez wątpienia należy dokonać ich klasyfikacji z uwagi na

¹⁴⁶ Występują u 60-70% chorych; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 234.

¹⁴⁷ J. Pionkowski: *Psychiatria sądowa*, Departament Szkolenia i Wydawnictw MSW, Warszawa 1970, s. 76-77; E. Gruza: *Psychologia sądowa dla prawników*, Wolters Kluwers, Warszawa 2009, s. 267; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 194.

tematykę (treść). Za A. Kępińskim wyróżnimy cztery podstawowe grupy, dotyczące stosunku do ludzi, własnej roli społecznej, życia erotycznego i własnego ciała¹⁴⁸.

▪ **Urojenia odnośnie stosunku do ludzi**

Urojenia ksobne (odnoszenia, odnoszące, ustosunkowania) - dla chorego świat to teatr jednego aktora, w którym centralną postacią jest sama jednostka dotkniętego urojeniem. Wszyscy na niego patrzą, wszyscy go obserwują, jest na ustach każdego, nie istnieje fakt czy okoliczność, która w ten czy inny sposób nie dotyczyłaby chorego. W jego przekonaniu otoczenie jest skupione tylko na nim, co powoduje, iż chory chcąc dobrze wypaść w swojej roli, sam stara się patrzeć na siebie oczami innych i dostosować swoje zachowanie do domniemywanych oczekiwań otoczenia. Tego typu urojenia powodują całkowite zniekształcenie rzeczywistości, która w konsekwencji staje się jednopłaszczyznowa i silnie nasycona pierwiastkami *stricte* egoistycznymi, sprowadzającymi się do tego, iż centralny punkt odniesienia, własne „ja”, jest wręcz przytłoczone naciskającym obiektywnym światem rzeczywistym. W konsekwencji zupełnie obojętne gesty lub uśmiechy osób znajomych bądź nieznajomych, uważają za odnoszące się właśnie do nich. Chorzy z tego typu urojeniami wbrew pozorom bywają również agresywni w stosunku do osób, które uważają za zwracające na nich specjalną, nadmierną uwagę, które rzekomo rozmawiają bądź wyśmiewają je. Urojeniom ksobnym bardzo często towarzyszą urojenia prześladowcze¹⁴⁹.

Urojenia prześladowcze - dla chorego otaczający go świat jest przesiąknięty złem, nienawiścią, wrogością i obcością. W zależności od stopnia zaawansowania i usystematyzowania urojeń, cały świat dzieli się na dwa opozycyjne i zwalczające się nawzajem obozy, w uproszczeniu na dobrych i złych. Jest możliwy tylko taki

¹⁴⁸ Fragment niniejszej rozprawy, w części dotyczącej opisu urojeń, opracowany został na podstawie pozycji: K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 31-53; A. Kępiński: *Schizofrenia*, s. 25-44; *Psychiatria kliniczna, części V-VI*, (red.) A. Bilikiewicz, s. 194-216, jak również na podstawie rozmów, wywiadów i badań przeprowadzonych przez autora z chorymi pacjentami, w tym także w oparciu o badania szpitalnych historii chorób poszczególnych chorych. W przypadku posiłkowania się innymi pozycjami, znalazły one swoje odzwierciedlenie w przypisach.

¹⁴⁹ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 79.

dychotomiczny podział, nie ma żadnej innej możliwości bycia pomiędzy obozami. Świat społeczny to świat bezustannych spisków, knowań, klik, koterii, zaś obóz złych stosuje niszczące metody działania takie jak trucie, podsłuchy, podstępne zabójstwa, mordercze promieniowanie, szpiegostwo przy pomocy urządzeń elektronicznych etc. Osoba z urojeniami prześladowczymi żywi przekonanie, iż jest śledzona, prześladowana, obserwowana, że ktoś jej grozi lub zamierza zrobić coś złego. Tym „złym” może być osoba bliska (rodzina, przyjaciele, lekarz), osoba powszechnie znana (np. celebryta z telewizji), wszechmocna organizacja bądź obcy wywiad, szatan bądź siły „nie z tej ziemi” (obcy, kosmici). Chorzy odczuwają niekiedy bezpośredni wpływ przeciwnych sił; kontrolowani są przez boga i szatana, słońce i księżyc, dodatni bądź ujemny ładunek elektronów. Tego typu urojenia stanowią jeden z najpowszechniej występujących objawów schizofrenii paranoidalnej, niemniej mogą również występować w przebiegu zaburzeń urojeniowych czy depresji psychotycznej. Co więcej, mogą one być na tyle usystematyzowane, liczne i „logiczne”, iż w całości przenikają całe życie chorego¹⁵⁰. Osoby takie stale czują się zagrożone, mają ciągłe poczucie lęku i obaw o siebie i swoich bliskich. Powyższemu towarzyszy duża podejrzliwość i traktowanie otoczenia jako swoich wrogów i prześladowców. Bezspornie urojenia te mogą doprowadzić do nieadekwatnych, gwałtownych działań, które w sposób bezpośredni mogą zagrażać życiu chorego oraz jego otoczeniu (np. zabójstwo bądź usiłowanie jego popełnienia, czy też pobicie domniemanego wroga i prześladowcy)¹⁵¹. Przykładowo cierpiący na schizofrenię z występującymi urojeniami prześladowczymi jest przekonany o zamachu na swoje życie ze strony nieszkodliwego przechodnia i w urojonej samoobronie go zabija. Osoby, u których istnieją urojenia prześladowcze, mogą także popełniać przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości, wprowadzając stosowne organy w błąd, poprzez fałszywe oskarżenia i zawiadomienia o przestępstwie oraz nieprawdziwe zeznania.

¹⁵⁰ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 196.

¹⁵¹ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 78.

Urojenia pieniacze – dla chorego dominującym uczuciem jest olbrzymie poczucie krzywdy. Podobnie jak w przypadku wyżej opisywanych urojeń prześladowczych, otaczający świat jest również nasycony pierwiastkami zła i wrogości, niemniej nie na tyle silnie, aby nie móc podjąć walki w imię sprawiedliwości. Aby wypełnić swoją misję chorzy zdolni są poświęcić wszelkie dostępne środki, swój wolny czas, pieniądze, by wręcz nie powiedzieć, że życie. Są oni postrachem szeroko rozumianych władz państwowych, sądowniczych, jak również różnego rodzaju organizacji walczących o prawa i wolności obywatelskie. Posądzają oni bowiem inne osoby, przedstawicieli władzy sądowniczej lub instytucji państwowych o stronnictwo, przekupstwo, chęć szkodenia, nadużycia władzy, etc., zwłaszcza w przypadku popełnienia przez ww. jakiegoś uchybienia czy też drobnej nieformalności. Chorzy z urojeniami pieniaczymi potrafią niezwykle uporczywie dochodzić naprawienia swoich urojonych szkód i krzywd, przejawiając jednocześnie duży ferwor polemiczny, doskonałą pamięć wszelkiego rodzaju szczegółów dotyczących zdarzenia, dobrą znajomość przepisów prawnych i zdolność dotarcia do wysoko postawionych osób. Z uwagi na często stosowany przez chorych napastliwy ton, oskarżenia o nadużycie władzy, fałszerstwa dokumentów, stronnictwo, narażają się oni na kolejne sprawy sądowe i powiększanie stosów akt sądowych. To z kolei utwierdza chorych w przekonaniu, że są przedmiotem uciemiężenia i ofiarą spisków władz, urzędów oraz sądów. Należy również zauważyć, iż chorych z omawianymi urojeniami cechuje wzmożona pewność siebie, chęć pouczania innych, niezwykle rozbudzony egocentryzm, niezdolność zrozumienia jakichkolwiek argumentów i motywów postępowania strony przeciwnej, jak również upór tak w postępowaniu chorego, jak i jego nastawieniu do ciągłej walki o sprawiedliwość. Bezsprzecznie więc występowanie tego typu urojeń u schizofreników naraża ich na kolizję z systemem prawnym (np. fałszywe oskarżenie, fałszywe zeznania).

Urojenia grzeszności lub winy, w których dominującym uczuciem jest wysoce rozwinięte i wybujałe poczucie winy chorego¹⁵². O ile bowiem otoczenie chorego jest pozbawione jakiegokolwiek grzechu i wad, jest szlachetne i czyste moralnie, o tyle sam chory nie tylko żyje przeświadczony, iż jest dotknięty ciężkim grzechem, ale również dąży i żąda ukarania za swoje domniemane winy. W przypadku występowania tego typu urojeń, psychiatrzy dopatrują się regresu do wczesnomłodzieńczej perspektywy widzenia, w której ludzie dorośli widziani są jako wspaniali, doskonali i sprawiedliwi. Chory może żyć oczekiwaniem na wykonanie kary na jego osobie ze strony społeczeństwa, boga czy też urojonej organizacji. Występowanie omawianych urojeń u schizofreników nie zwiększa jednak ryzyka podejmowania prób samobójczych, w przeciwieństwie do chorych na depresję psychotyczną, u których urojenia te wiążą się z wegetatywnymi objawami schorzenia, poczuciem beznadziejności i bezwartościowości oraz myślami samobójczymi¹⁵³. Należy jednak dodać, iż schizofrenicy z przedmiotowymi urojeniami zgłaszają się do organów ścigania i oskarżają samych siebie o popełnienie przestępstwa, wnioskuje o aresztowanie bądź skazanie na karę pozbawienia wolności lub karę śmierci. Niekiedy przestępstwa, do popełnienia których się przyznają, zostały rzeczywiście popełnione, przy czym sprawcą ich nie jest samooskarżający się schizofrenik, tylko inna osoba¹⁵⁴.

▪ **Urojenia odnośnie własnej roli społecznej**

Urojenia wielkościowe i posłannicze - chory żyje przeświadczeniem o niezwyklej mocy, zdrowiu, sławie, talencie bądź roli społecznej, jaką odgrywa, zaś jego samopoczucie charakteryzuje niezwyklej stan euforii¹⁵⁵. Celem życia schizofrenika z tego typu urojeniami jest wypełnienie różnego rodzaju misji, które mają jeden wspólny mianownik, a mianowicie zmiana świata na lepszy, szczęśliwszy

¹⁵² Przykład: pacjent był przekonany, że podczas II wojny światowej zabił miliony Żydów, choć urodził się po 1945. Twierdził, że jest gorszy od Hitlera; w istocie uważał się za największego mordercę w historii i z tego powodu domagał się dla siebie kary; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 197.

¹⁵³ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 197.

¹⁵⁴ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 80-81.

¹⁵⁵ Przykład: pacjent pytany o to, czy ma jakieś specjalne uzdolnienia, odpowiada: „tak, jestem bardzo sławny. W Londynie i Paryżu znają mnie, jako wynalazcę; wynalazłem batoniki i urządzenia do czyszczenia wind. Piszą o mnie książkę”; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 197.

i doskonalszy. Posłannictwo może przybrać charakter patriotyczny, artystyczny, polityczny, religijny¹⁵⁶, etc. Silne i utrwalone poczucie misji, podwyższony napęd i wzmożone samopoczucie, a z drugiej strony poziom absurdu, komizm i niedostosowanie do sytuacji rzeczywistej, powodują często śmiech i pogardę ze strony otoczenia. To z kolei powoduje u chorego powstanie przeświadczenia, iż ludzie nie rozumieją zarówno jego, jak i powagi zadania, które ma do spełnienia, co w konsekwencji skutkuje zmianą stosunku chorego do otoczenia na pogardliwy i wrogi. W skrajnych przypadkach działania podejmowane przez schizofrenika z tego typu urojeniami mogą być nieodpowiedzialne, niebezpieczne a wręcz groźne dla życia (np. chory jest przekonany, iż potrafi latać i wyskakuje przez okno). Z uwagi na fakt, iż urojenia wielkościowe i posłannicze występują niekiedy łącznie z urojeniami prześladowczymi, w grę wchodzić mogą także akty agresji skierowane przez chorego w stosunku do wrogiego otoczenia, które dąży do deprecjacji jego pozycji¹⁵⁷.

Urojenia wynalazcze, twórcze – chory żyje przeświadczony misją, którą ma do spełnienia – stworzenie wielkiego, wybitnego dzieła, które go rozślawi, uczyni sławnym na wieki, zaś wszystkich ludzi uszczęśliwi. Również i w przypadku tego typu urojeń, mamy do czynienia ze swego rodzaju realizacją marzeń dziecięcych, wczesnomłodzieńczych. Dzieła te mogą przybierać różnego rodzaju postać – *perpetuum mobile*, cudowny lek na wszystkie choroby, dzieło sztuki, system filozoficzny czy też polityczny, który jest panaceum na wszelkie bolączki trawiące współczesny świat i ludzkość. Chory dąży za wszelką cenę do wypełnienia dziejowej misji, poświęcając całe swoje życie prywatne i zawodowe oraz wszystkie pieniądze na realizację swego epokowego dzieła, przy czym najczęściej zazdrośnie zachowuje owoc swych prac tylko dla siebie, strzegąc go przed okiem innych. Pomimo

¹⁵⁶ „Jak najbardziej stanowczo muszę tu jednak podkreślić, że chodzi tu tylko o pewien epizod, który – jak tuszę – dobiegnie końca najpóźniej w chwili mego zgonu, że przeto prawo do drwin z Boga przysługuje tylko mnie, a nie innym ludziom. Dla innych Bóg pozostaje bowiem wszechmocnym Stwórcą nieba i ziemi (...)”. Opisany przez Freuda prawnik Paul Schreber (o którym była już mowa wcześniej), uważał się za Syna Bożego (niekiedy kobietę Boga), którego przeznaczeniem jest wybawienie świata z jego nędzy, ratunek przed grożącym upadkiem, itp.; S. Freud: *op. cit.*, s. 121-124.

¹⁵⁷ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 79-80.

przeświadczenia chorego o wielkości i wspaniałości swojego odkrycia, dla otoczenia rezultat długotrwałych prac chorego nie przedstawia większej wartości. Oczywiście nie przekreśla to wszystkich stworzonych w ten sposób dzieł, wśród których spotyka się również wyróżniające się wielkim artyzmem wykonania oraz świeżością, czy też swoistą innością postrzegania otaczającej rzeczywistości. Nie wydaje się, aby schizofrenik z tego typu urojeniami miał popaść w konflikt z systemem prawnym, o ile urojenia tego typu występują samodzielnie, bez towarzyszących im np. urojeń prześladowczych.

Urojenia nicości (nihilistyczne) - stanowią żywe przeciwieństwo urojeń wielkościowych. Chory jest przeświadczony, iż jest najgorszy ze wszystkich ludzi, nie jest nikim realnym, bezwartościowym, stanowi jedynie proch i nicość, że jest „do niczego”¹⁵⁸; ewentualnie, że nie ma już pewnych części ciała, niektórych organów etc.¹⁵⁹ Często poczucie beznadziejności i nicości przenosi się na świat otaczający, który staje się wypaloną pustynią. Patologiczne poczucie niższości i winy, którym przesycony jest chory, doprowadza do urojeniowej postaci samounicestwienia. Tego typu urojenia najczęściej spotykane są w stanach bardzo głębokiego obniżenia nastroju, depresjach starczych oraz endogennych, jak również w schizofreniach. Nie można wykluczyć, iż schizofrenik z głębokimi urojeniami nihilistycznymi podejmie próby samobójcze, jak również oskarży osoby trzecie o otrucie, wskutek którego został np. pozbawiony niektórych organów wewnątrz organizmu¹⁶⁰.

Urojenia katastroficzne - chory żyje przekonaniem, iż otaczający świat ulegnie wkrótce całkowitej zagładzie. Światem, który ma ulec unicestwieniu, może być świat najbliższy choremu, tj. rodzina, dom, bądź też świat bardziej odległy, np. ojczyzna, system lub krąg kulturowy, glob ziemski, czy w końcu cały wszechświat. Jeśli urojenia dotyczą otoczenia dalszego, ojczyzna jest na krawędzi katastrofy; jedyne, czego możemy się spodziewać to rychła i nieuchronna wojna

¹⁵⁸ Świetnie urojenia tego typu oddaje wypowiedź schizofrenika Petera: „Jestem nikim, więc nic nie będę robił. Poruszam się na krawędzi istnienia, będąc jedną tylko nogą po stronie życia i nie mając nawet do tego prawa”; R. D. Laing: *op. cit.*, s. 164.

¹⁵⁹ Chorzy są przekonani, iż wypluli płuca, nie posiadają wątroby, która uległa dezintegracji wskutek procesu gnicia, zostali wykastrowani, nie mają żołądka czy też jelit.

¹⁶⁰ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 81-82.

bądź klęska żywiołowa, która zniszczy całkowicie kraj. Danemu systemowi bądź kręgowi kulturalnemu grozi zagłada, potop barbarzyństwa wskutek np. globalnego konfliktu cywilizacji. W końcu cały glob ziemski rozpadnie się na skutek światowej wojny nuklearnej, uderzenia meteorytu czy komety, nadejścia antychrysta etc.

W konstrukcji urojeń katastroficznych na pierwszy plan wybija się tzw. czarnowidzenie, powstałe wskutek skrajnie pesymistycznego i depresyjnego widzenia przyszłości oraz głęboko ukrytego uczucia niszczenia. Zauważyć należy, iż urojenia katastroficzne występuje niezwykle często również w depresji endogennej. Potencjalna kolizja z systemem prawnym może wystąpić u schizofreników z urojeniami katastroficznymi dotyczącymi świata najbliższego choremu, tj. domu i rodziny (np. chory jest święcie przekonany, iż jego rodzina czy też dom wkrótce ulegnie zagładzie, czy to w efekcie jakiejś epidemii choroby, czy też z powodu klęski głodu). Tego typu konstrukcja urojeniowa może być bardzo niebezpieczna, albowiem chory decyduje się na poszerzenie liczby osób, w stosunku do których śmierć wydaje mu się jedynym i najlepszym rozwiązaniem sytuacji. Dochodzi wówczas do tzw. samobójstwa rozszerzonego; chcąc uchronić swoich bliskich (najczęściej dzieci, niekiedy współmałżonka) przed nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, dokonuje ich zabójstwa, na końcu popełniając samobójstwo¹⁶¹.

▪ **Urojenia dotyczące stosunku do życia erotycznego**

Urojenia miłości - najwłaściwsze słowa, które są w stanie opisać te urojenia to takie, iż chory za wszelką cenę chce spełnić pragnienie, którym żyje – bycia kochanym. Stąd też wydaje mu się, iż jest przedmiotem miłości o niezwyklej sile i temperaturze uczuć. Najmniejszy, z pozoru wręcz błahy gest ze strony swojego *quasi* ukochanego, każde słowo, każde zachowanie, są odczytywane przez chorego jako wyraz jego uwielbienia i adoracji. Nawet w przypadku, gdy takich zalotnych gestów nie sposób odnaleźć w zachowaniu rzekomego kochanka, chory jest przekonany, iż bezsprzecznie wynika to z jego nieśmiałości, stąd też za wszelką cenę

¹⁶¹ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 95-97.

stara się przełamać jego nieśmiałość, stwarzając i realizując całą misternie ułożoną układankę zalotów i miłosnych podchodów. Chory dąży do tego poprzez stwarzanie wielu różnych sytuacji, które pozwolą mu znaleźć się bliżej swojego ukochanego i ośmielić go w wyznaniu swojej miłości; w rezultacie doprowadzić do pełnego uniesień zbliżenia erotycznego, które pozwoli w końcu na odkrycie i rozkwit rzekomo głębokiego i niezwykłego uczucia miłości, które zrodziło się pomiędzy nimi¹⁶². Bywa też, że takie silne pragnienie zbliżenia intymnego ma jednocześnie mocno rozbudowaną warstwę negatywnego stosunku uczuciowego do przedmiotu pożądania. W takim przypadku następuje odwrócenie ról i dominującą stroną staje się wówczas sam przedmiot miłości - to on chorego pożąda, usiłuje złapać w miłosne sidła, prowokuje sytuacje, w których mógłby niecnie wykorzystać lub zgwałcić. Tak silnie rozbudowane pragnienie posiadania partnera seksualnego może w niektórych przypadkach ulec rozbiciu na wiele osób. W takim przypadku każdy mężczyzna jest potencjalnym adoratorem bądź zboczeńcem-gwałcicielem. Bezspornie występowanie tego typu konstrukcji urojeniowych rodzi możliwości naruszenia obowiązującego porządku prawnego. W grę może więc wchodzić popełnienie takich czynów jak gwałt na osobie¹⁶³, groźba użycia gwałtu, pobicie, groźby karalne czy też stalking.

¹⁶² Jako przykład urojeń miłości, podać można następujący przypadek kliniczny. Pani Marchand w wieku 35 lat została przywieziona do pogotowia psychiatrycznego przez policję, z uwagi na wielogodzinne siedzenie i spanie na wycieraczce przed drzwiami swojego lekarza-ginekologa. W doskonale spójny sposób wyjaśniała, iż lekarz kochał się w niej ponad rok, a teraz nadszedł czas, aby otwarcie zadeklarował on swoje uczucie do niej i przestał udawać, że wciąż dba o swoją żonę. W dokonanym wywiadzie ustalono, iż pani Marchand zakochała się w lekarzu podczas pierwszej wizyty u niego, czując ekstazę i dochodząc do wniosku, iż miłość została odwzajemniona. Rozumiejąc, że lekarz nie może przyznać się otwarcie do uczuć wobec niej, spowodowała kilka następnych wizyt, skarżąc się na dolegliwości ginekologiczne. Kiedy ginekolog wykluczył wszelkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu pani Marchand, doradzając jej jednocześnie konsultację psychiatryczną, pacjentka zrozumiała, iż teraz będą spotykać się poza gabinetem. Od tego momentu cały wolny czas poświęcała na śledzenie swojego ukochanego, czatując na niego przy wejściu do szpitala i zmuszając do przyjmowania prezentów, nie zważając na próby oporu lekarza. Kiedy spostrzegła, że lekarz ucieka przed nią karetką ze szpitala, postanowiła czekać na niego w jego domu, gdzie została w końcu zatrzymana przez policję; T. B. Üstün, A. Bertelsen, H. Dilling, J. van Drimmelen, C. Pull, A. Okasha, N. Sartorius: *ICD-10. Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych*, American Psychiatric Press, Inc., Gdańsk 1999, s. 105-107.

¹⁶³ Czynny lubieżny schizofreników często zaskakują swoją dziwacznością i sadystycznym charakterem; J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I. Opiniowanie w procesie karnym*, Wydawnictwo Tumult, Toruń 2007, s. 295

Urojenia ciąży – urojenia związane z macierzyństwem przejawiają się bądź w sferze tylko pojęciowej, bądź też w sferze pojęciowo-zmysłowej. W pierwszym przypadku chora poprzestaje jedynie na formułowaniu twierdzeń o rzekomej („urojonej”) ciąży oraz informowaniu otoczenia o swoim nie podlegającym podważeniu przekonaniu, pomimo tego, iż żadne uchwytnie zmiany fizjologiczne tej wersji nie potwierdzają. W przypadku urojeń występujących na poziomie pojęciowo-zmysłowym, przedmiotowym twierdzeniom towarzyszy występowanie tego typu sensacji, jak odczuwanie ruchów dziecka, zmiana kształtów ciała, etc. Można powiedzieć, iż w przypadku urojeń ciąży, wewnętrzny świat pragnień, myśli, planów, życzeń i obaw, rzutuje bezpośrednio na świat zewnętrzny, wyrażający się w konstrukcji pojęciowo-zmysłowej¹⁶⁴. Wydaje się, iż występowanie tego typu urojeń u chorego na schizofrenię, nie podwyższa ryzyka kolizji z porządkiem prawnym.

Urojenia „cudownego dziecka” – najwłaściwszą przyczyną uzasadniającą powstawanie tego typu urojeń wyraża się w tezie, iż powstają one wskutek przeniesienia urojeń wielkościowych chorego na własnego potomka. Bez wątpienia stanowią przejaw patologii, patologicznie wyolbrzymiony wyraz macierzyńskiej dumy, marzeń o dostatniej, szczęśliwej i bezpiecznej przyszłości swojego potomstwa. W urojeniach tych własne dziecko urasta do dziecka wybranego, najcudowniejszego, na które zwrócone są (bądź będą w niedalekiej przyszłości) oczy całego świata, którym winna zachwycać się cała ludzkość. Obecność takich konstrukcji urojeniowych raczej nie naraża schizofrenika na reakcję organów ochrony prawnej.

Urojenia zazdrości – występują zdecydowanie częściej u mężczyzn niż u kobiet. W obrazie klinicznym wyróżnić możemy trzy fazy procesu paranoidalnego. W pierwszej fazie powstaje niepokój, niepewność co do wierności partnera, którego chory zaczyna bacznie obserwować, analizując wszystkie fakty i drobiazgi z przeszłości. Druga faza przejawia się w tym, iż chory zaczyna za wszelką cenę

¹⁶⁴ „W moim ciele zaszło coś na podobieństwo poczęcia Jezusa Chrystusa przez Niepokalaną Dziewicę, to znaczy przez kobietę, która nigdy nie legła z mężczyzną. Miałem bowiem (...), i to po dwakroć, za każdym razem kiedy indziej, nieco niedorozwinięty kobiecy narząd płciowy i doznawałem w moim ciele niejako kąpiących odruchów, odpowiadających pierwszym impulsom życia płodu ludzkiego: za sprawą boskiego cudu nerwy boskie odpowiadające nasieniu męskiemu zostały przerzucone do mego ciała; doszło przeto do zapłodnienia”; S. Freud: *op. cit.*, s. 124.

szukać jawnych dowodów zdrady. Śledzi, zastawia różnego rodzaju pułapki, sprawdza korespondencję, torebkę, telefon, bieliznę. Nie śpi po nocach, wszędzie widzi potencjalnych kochanków, którzy tylko czyhają na chwilę jego nieuwagi celem odbycia stosunku seksualnego z partnerem. Trzecia faza to faza owładnięcia. Chory jest przekonany, że partnerka nieustannie go zdradza, ukrywając ten fakt przed nim. Każdy pretekst jest dobry, aby potwierdzić swoje podejrzenia. Chory celem zapobieżenia urojonym aktom zdrady partnerki może posunąć się niekiedy do aktów agresji i przemocy. Autor spotkał się z przypadkiem, gdy pacjent z urojeniami zazdrości zamykał w toalecie swoją własną żonę, zaś drzwi zabijał deskami. Inny z kolei chory, mieszkając w najbliższym sąsiedztwie ruchliwej drogi, za kochanka swojej żony uznawał każdego z kierowców, który używał kierunkowskazu w prowadzonym przez siebie samochodzie.

Najczęściej urojony kochanek ma te cechy, których chory brak odczuwa skrycie. Jeśli jest raczej biedny, wymyślony kochanek należy do krezusów finansowych; jeśli wątłej budowy, wówczas kochanek przybiera postać dobrze zbudowanego mężczyzny. Najczęściej w sylwetce przedchorobowej pacjenta znaleźć można silne poczucie niskiej samooceny, niewiarę w siebie, nieśmiałość, zagubienie, niekiedy wręcz lęk przed głębszymi kontaktami z kobietami. O wiele rzadziej tego typu urojenia występują u mężczyzn, którzy są żywym zaprzeczeniem wcześniej opisanej sylwetki, którzy mieli bogate życie erotyczne i skwapliwie wykorzystywali każdą okazję do zaspokojenia swej rozbudzonej aktywności seksualnej. W tym wypadku następuje przeniesienie prowadzonego przez siebie życia intymnego oraz własnych pragnień zdrady małżeńskiej na partnerkę. W odniesieniu do kobiet, proces urojeń zazdrości przebiega rzadziej i z mniejszym nasileniem objawów; najczęściej występują w okresie przekwitania. Jak wspomniano, taka konstrukcja urojeniowa poprzez potencjalne akty agresji i przemocy schizofrenika naraża go na konflikty z prawem. W grę może więc wchodzić popełnienie takich przestępstw, jak

pobicie, zabójstwo¹⁶⁵, groźby karalne, stalking. Ofiarą jest najczęściej partner albo rzekomi kochankowie¹⁶⁶.

▪ **Urojenia dotyczące stosunku do własnego ciała**

Urojenia hipochondryczne (somatyczne) – powstają w odpowiedzi na niepewność dotyczącą stanu własnego zdrowia i prawidłowości funkcjonowania organizmu¹⁶⁷. Przejawiają się w trojaki sposób. W przypadku złego samopoczucia, pogorszonej kondycji psychofizycznej itp., powstają urojenia związane z rzekomą chorobą toczącą chorego typu nowotwór, ciężka zaraza bądź inne, bliżej nieznane współczesnej medycynie schorzenie. W przypadku konieczności podjęcia kontaktów z otoczeniem, otwarcia się na otaczający chorego świat i związaną z tym niechęcią chorego, pojawiają się urojenia posiadania bliżej nieokreślonych wad fizycznych, które mogą przybrać postać wrodzonych wad serca, krzywych nóg, dużych dłoni, odstających uszu, zdeformowanych stóp. Istnienie takich urojonych wad powoduje, iż chory za usprawiedliwione uważa unikanie kontaktów towarzyskich, erotycznych, zawodowych. Trzeci typ urojeń związany jest z ciekawością budowy własnego ciała oraz skupieniem i jednoczesnym ograniczeniem się do wewnętrznego świata swojego ciała, co powoduje, iż projekcja urojeniowa zamyka się w nim całkowicie. W konsekwencji tworzone są fantastyczne koncepcje budowy zewnętrznej i wewnętrznej ciała, które przejawiają się np. w wyobrażeniu robaków pasożytujących w trzewiach, zniekształconych genitaliach, posiadaniu podwójnego

¹⁶⁵ Jako przykład urojeń zdrady prowadzących do zabójstwa, podać można następujący przypadek kliniczny. Pan Donalds w wieku 37 lat zaczął być podejrzliwy wobec żony, z uwagi na zmniejszenie zainteresowania seksem, jak również różnego rodzaju „drobiazgi” (np. słowa „Sherwood Inn” czy też numery zapisane w kalendarzu kuchennym, które wg niego miały stanowić oznaczenie hotelu i numeru pokoju, czyli urojonego miejsca schadzek żony z kochankiem). Urojenia dotyczyły więc wyłącznie niewierności żony. Dodatkowo był przekonany, iż żona zatruwa mu pożywienie w celu osłabienie jego libido i utrzymywania w nocy w stanie snu. Wierzył, że jego żona była w ciąży z kochankiem i chciała wziąć z nim ślub, a w tym celu musi się pozbyć męża. Pan Donalds, nie mogąc dłużej wytrzymać, zabił z karabinu żonę. Postawiono mu zarzut morderstwa, ale stwierdzono, że był chory psychicznie w chwili popełnienia czynu; T. B. Üstün, A. Bertelsen, H. Dilling, J. van Drimmelen, C. Pull, A. Okasha, N. Sartorius: *op. cit.*, s. 103-105.

¹⁶⁶ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 92.

¹⁶⁷ Przykład: odpowiedź pacjenta na pytanie o zdrowie: „Nie jest dobrze. Mam zapchane nozdrza, co wpływa na mój mózg. Z nosa wychodzą mi plastikowe pędy, które wnikały do mózgu i źle wpływają na nastrój; jestem od tego smutny i depresyjny. Oni to robią po to, żeby mnie torturować”; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 197.

odbytu, zarastaniem uszu, etc. Niekiedy spotykane są również koncepcje gnicia ciała od wewnątrz, jego rozpadania się i szybko postępującej destrukcji. Występowanie tego typu urojeń ma neutralny wpływ na możliwość wystąpienia kolizji z prawem. Nie można jednak wykluczyć, iż chory owładnięty urojeniami hipochondrycznymi, domagając się przeprowadzenia stosownych zabiegów przez lekarzy, w razie odmowy, dopuści się aktów agresji¹⁶⁸.

b. Omamy.

Przez omamy rozumieć należy patologiczne zjawiska psychiczne, wyrażające się w doznawaniu wrażenia (doznania), przy jednoczesnym braku bodźca zewnętrznego działającego na określone zmysły człowieka. Osoba doświadczająca omamów doznaje spostrzeżeń przedmiotów i zjawisk, które nie istnieją i nie znajdują się w otoczeniu. Tradycyjnie dzieli się je (według zmysłów) na: słuchowe, wzrokowe, somatyczne, węchowe, smakowe¹⁶⁹. Omamy mogą mieć charakter elementarny (przybierają wówczas formę prostych szumów, plam, pojedynczych dźwięków) oraz złożony (chory doświadcza widzenia całych przedmiotów, scen, postaci ludzi i zwierząt)¹⁷⁰.

U schizofreników omamy często przeplatają się z konstrukcjami urojeniowymi. W konsekwencji, omamy współwystępujące wraz z tendencją do urojeniowej interpretacji rzeczywistości, mogą być również czynnikiem kryminogennym; przypadkowy przechodzień może być zaatakowany przez chorego, który widzi w nim wrogiego szpiega, zaś trzymany przez niego parasol to broń skierowana

¹⁶⁸ W literaturze psychiatrycznej opisywany jest przypadek kliniczny 42 letniego mężczyzny, który w wieku 40 lat doznał drobnego urazu członka, skutkującego rutynowym zabiegiem chirurgicznym, po którym została blizna napletka. Od czasu zabiegu zaczął wypowiadać sądy dotyczące wadliwego postępowania lekarskiego. Wskutek zabiegu, odcięciu miało ulec ciało jamiste, które zeszło do moszny, wskutek czego stał się impotentem. Jeździł do wielu szpitali w całym kraju domagając się wykonania korekcyjnego zabiegu chirurgicznego, jak również zamierzał samodzielnie dokonać zabiegu i opisywał sposób jego wykonania. Groził lekarzom samosądom i pomawiał władze o współdziałanie z lekarzami. Wysyłane pisma zwracały uwagę swą formą graficzną - dziwnym układem tekstu, wielopostaciowymi literami, kolorowymi atramentami. Zawierały skargi na lekarzy, władze wymiaru sprawiedliwości, cytaty z artykułów prasowych, polemiki z przepisami prawa; J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 116-117.

¹⁶⁹ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 22-23; *Leksykon psychiatrii* (red.) S. Pużyński, PZWL, Warszawa 1993, s. 310-311.

¹⁷⁰ T. Bilikiewicz (red.): *Psychiatria kliniczna*, PZWL, Warszawa 1988, s. 57.

przeciwko niemu. Chory dopuszczać się może aktów agresji, chcąc wyprzedzić domniemany atak skierowany przeciwko jego osobie¹⁷¹. Tak więc schizofrenik błędnych spostrzeżeń nie koryguje, poddając je fałszywej interpretacji. Omamy w jego ocenie są rzeczywistymi spostrzeżeniami, nawet w przypadku wykazania ich oczywistego fałszu i błędności. Granica między rzeczywistością a iluzją zaciera się. Prawda i kłamstwo przestają być jednoznaczne.

▪ **Omamy słuchowe.**

W schizofrenii stanowią najczęstszy rodzaj omamów, występujący u *ca* 30-40% pacjentów¹⁷². Przybierają postać głosów komentujących codzienne czynności pacjenta, głosów rozmawiających ze sobą, bądź też grożących lub nakazujących choremu wykonywanie różnych działań. Głosy są słyszalne wewnątrz głowy bądź pochodzą z zewnątrz, zaś struktura zdań jest zwykle jasna, chociaż czasami przybierają one postać wyzwisk bądź „walki” głosów złych i dobrych; często mają charakter oskarżycielski, wrogi i nieprzyjazny. Reakcje schizofrenika mogą być różnorakie: może on dyskutować z głosami, krzyczeć bądź też wykonywać polecenia wydawane przez głosy. Omamy te mogą również polegać na słyszeniu np. trzeszczeń, zgrzytów, rozmów, śmiechu, płaczu¹⁷³. Często łączą się one z różnego rodzaju urojeniami (np. schizofrenik jest przekonany, iż „słyszany” przez niego płacz jest płaczem torturowanej żony), jak również z omawianymi dalej halucynacjami wzrokowymi (np. chory może widzieć atakującego go człowieka wykrzykującego słowa „zabiję ciebie”).

Nie można wykluczyć sytuacji, gdy osoby, u których występują omamy słuchowe, wchodzą w konflikt z prawem z uwagi na agresywne zachowanie wobec otoczenia. Co prawda podporządkowanie się i wykonywanie poleceń wydawanych przez głosy¹⁷⁴ zdarza się stosunkowo rzadko, niemniej omamy te są niebezpieczne. Schizofrenik, nie będąc w stanie odróżnić głosów rzeczywistych osób od omamów i myląc je ze sobą, może zastosować się do nich i wykonywać instrukcje, których

¹⁷¹ *Ibidem*, s. 64-65.

¹⁷² J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 234.

¹⁷³ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 198.

¹⁷⁴ Są to tzw. omamy słuchowe imperatywne, np. „zabij swoje dzieci”.

celem może być np. pobicie przypadkowej osoby, zabójstwo, usiłowania zabójstwa czy też w końcu próba samobójcza¹⁷⁵.

▪ **Omamy wzrokowe.**

Polegają na dostrzeganiu przez schizofreników błysków, punktów, plam (tzw. fotopsje), ludzi, kształtów, kolorów, scen i obiektów nie istniejących realnie. Omamy tego typu zazwyczaj są powiązane z interpretacjami urojeniowymi związanymi z tematami prześladowczymi lub zagrażającymi; w przypadku urojeń religijnych omamy nabierają kształtu religijnych wizji. Niekiedy występuje u chorych również zjawisko zwane *flashback*; schizofrenik doświadcza wówczas nagle pojawiającej się wizji w postaci filmu puszczanego przed oczami, który dotyczy wydarzeń z przeszłości. Fenomen ten może mieć charakter spontanicznie występujących omamów wzrokowych, połączonych z doznaniem dźwięków, zapachów, odczuć cielesnych i innych niezwykłych sensacji¹⁷⁶.

Do grupy omamów wzrokowych zalicza się także tzw. mikropsje (omamy lilipucie), polegające na dostrzeganiu innych ludzi w znacznie zmniejszonym wymiarze, bądź też jako karłów. Występują również makropsje. W świetle powyższego, świat widziany oczami schizofrenika doznającego omamów wzrokowych może przybrać charakter zupełnie fantastyczny, karykaturalny i dziwaczny; chory widzi figury geometryczne, zwierzęta, ludzi, zjawiska, sceny – w zmniejszonych (np. ludzie wielkości krasnoludków) bądź zwiększonych rozmiarach (np. owady wielkości ptaków). Widziane postacie mogą być nieruchome, bądź też skakać i biegać. Chorzy doświadczają ataków wyimaginowanych postaci, biorą udział w scenach i zdarzeniach, które nie istnieją w rzeczywistości. Stosunek chorych do doznawanych omamów wzrokowych bywa różny: od przyjemności, poprzez obojętność, aż do poczucia lęku, gniewu i grozy. Schizofrenicy „widząc” biegnącego w ich kierunku uzbrojonego człowieka, często uciekają przed nim, ranią się, wyskakują przez okno, demolują mieszkanie, czynnie atakują zupełnie przypadkowe osoby, które postrzegają jako napastników. Chorzy są podnieceni,

¹⁷⁵ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 67-68.

¹⁷⁶ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 198.

przerażeni, chcąc uciekać wyrywają się, atakują ludzi, dopuszczają się aktów niszczenia mienia. W takim stanie schizofrenicy są bardzo niebezpieczni, zarówno dla siebie, jak i dla otoczenia¹⁷⁷. Oceniając tego typu omamy w kontekście zainteresowania organów ochrony prawnej, w grę wchodzić może popełnienie takich czynów zabronionych jak zawiadomienie o niepopełnionym przestępstwie, fałszywe zeznania, zniszczenie bądź uszkodzenie mienia, pobicie, zabójstwo.

▪ **Omamy somatyczne.**

Obejmują różnorakie sensacje o charakterze fizycznym, np. uczucie dotykania przez inną osobę, przedmiot lub zwierzę. Do tej grupy zaliczamy także omamy cenestetyczne (kinestetyczne), polegające na doświadczeniu takich fenomenów, jak przepływanie przez ciało ciepła, zimna, prądu elektrycznego oraz somatycznego poczucia owładnięcia, np. że określona osoba gwałci chorego. Charakterystyczne jest zachowanie chorych doświadczających omamów czuciowych; drapią się, głaszczą, strącają chodzące po nich robactwo, odpychają wyimaginowane zwierzę, które ich liże. Często spotykane jest kumulatywne występowanie omawianych omamów z urojeniami. Schizofrenicy odczuwający np. dotykanie narządów płciowych (dotyczy to w głównej mierze kobiet), mogą być przekonani, iż dotykają je określone osoby. Może to powodować akty agresji słownej i fizycznej, jak również znaleźć wyraz w składaniu fałszywych zawiadomień do organów ścigania o popełnieniu przestępstwa oraz fałszywych zeznaniach¹⁷⁸.

▪ **Omamy węchowe.**

Polegają na wyczuwaniu niezwykłych zapachów (najczęściej przykrych: zgnilizny, krwi, szamba, gazu, rozkładających się zwłok, paciorkowców, ale także zapachu ambrozji¹⁷⁹), które w rzeczywistości w danym momencie nie występują.

¹⁷⁷ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 65-66; E. Gruza: *op. cit.*, s. 264. Warto nadmienić na marginesie, iż w praktyce procesowej zdarzają się również przypadki symulowania omamów wzrokowych. Aby dokonać weryfikacji autentyczności doznawanych omamów, stosuje się metodę ich wywoływania, np. w drodze objawu białej kartki, polegającego na przedstawieniu osobie czystej kartki papieru z głębokim i sugestywnym zapewnieniem, iż umieszczony jest na niej rysunek bądź tekst; T. Bilikiewicz (red.): *Psychiatria kliniczna*, s. 95-97.

¹⁷⁸ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 68.

¹⁷⁹ J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 234.

Często występują z omamami smakowymi i są powiązane z konstrukcją prześladowczą, które omamy zdają się potwierdzać; schizofrenik jest przekonany, iż obce, źle życzące mu osoby trzecie „nasyłają” na niego odrażające bądź trujące zapachy i wyziewy, zaś sąsiad wpuszcza gaz paraliżujący do jego mieszkania¹⁸⁰. Może to powodować konflikty chorego z prawem poprzez popełnienie takich czynów jak pobicie, zniewaga, fałszywe oskarżenia, groźby karalne, zawiadomienie o przestępstwie, składanie fałszywych zeznań.

▪ **Omamy smakowe.**

Polegają na odczuwaniu smaków, które nie są niczym uwarunkowane; najczęściej są doznawane w trakcie spożywania posiłków i picia płynów. Często występują z wyżej opisanymi omamami węchowymi. Schizofrenik doświadczający omamów smakowych czuć może przykładowo gorzki smak cyjanku lub innej trucizny. Tego typu omamy łączą się często z urojeniami prześladowczymi, co w rezultacie skutkuje mocnym przekonaniem chorego o usiłowaniu otrucia go przez wrogie, czyhające na jego śmierć otoczenie. Schizofrenicy doznający omamów smakowych mogą być niezwykle groźni dla osób (w szczególności dla członków rodziny), które podejrzewa o usiłowanie otrucia¹⁸¹. Występowanie omawianych omamów powodować może akty agresji słownej i fizycznej, jak również znaleźć wyraz w składaniu fałszywych zawiadomień do organów ścigania o ściganie „trucicieli”.

▪ **Omamy pamięciowe.**

Przejawiają się w rzekomym przypominaniu sobie przez schizofrenika przeżyć, spostrzeżeń i wrażeń, które w obiektywnej rzeczywistości nie miały nigdy miejsca, np. schizofreniczka twierdzi, iż doskonale przypomina sobie wszystkie stosunki płciowe z danym mężczyzną, którego *de facto* widzi po raz pierwszy, czy też domaga się zwrotu rzekomo pożyczonych jemu pieniędzy. Od omamów tego typu należy odróżnić *pseudologia phantastica*, tj. zaburzenie polegające na wymyślaniu różnych faktów, zdarzeń bądź historii, które chory z upływem czasu traktuje jako

¹⁸⁰ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 68-69; E. Gruza: *op. cit.*, s. 264; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 199.

¹⁸¹ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 69.

autentyczne. Występowanie omamów pamięciowych może manifestować się w drodze składania fałszywych zawiadomień o popełnieniu przestępstwa, nieprawdziwych samooskarżeniach oraz składania fałszywych zeznań¹⁸².

Do objawów pozytywnych zalicza się również **dziwaczne zachowania**, obejmujące ubiór i wygląd, zachowania społeczne i seksualne oraz motoryczne, jak również niedostosowany afekt. Niektórzy schizofrenicy zachowują się w sposób ekscentryczny i przekraczający ogólnie przyjęte normy społeczne. Mówią sami do siebie, śmieją się bez uchwytneho powodu, robią dziwaczne miny, zaniedbują higienę osobistą, noszą brudne ubrania, naśladują cudze zachowania, mówią w manieryczny sposób. Niekiedy dziwaczne zachowanie przejawia się w utrzymywaniu przez dłuższy czas sztywnej, niezmienionej pozycji ciała. Najczęściej powyższe fenomeny występują u osób ze schizofrenią zdeorganizowaną bądź katatoniczną. Zwrócić należy uwagę na zachowania społeczne i seksualne; schizofrenicy mogą oddawać mocz w miejscach publicznych czy też publicznie onanizować się, czyli dopuszczać się nieobyczajnych wybryków. Niedostosowany afekt, obok braku koordynacji i niedostosowaniu do sytuacji oraz niewłaściwej ekspresji emocji, przejawia się nagłymi wyładowaniami afektywnymi, kiedy to chory nagle wybucha niekontrolowaną złością¹⁸³. Powodować to może konflikt chorego z systemem prawnym, poprzez popełnienie czynów zabronionych takich jak pobicie, zniewaga, groźby karalne.

B. OBJAWY POZNAWCZE.

Na dysfunkcje poznawcze po raz pierwszy zwrócił uwagę sam twórca koncepcji schizofrenii - Kraepelin, który opisywał takie deficyty poznawcze, jak osłabienie uwagi, sprawności intelektualnej i pamięci. Początkowo uznawano jednak deficyty (zaburzenia) poznawcze za pochodne, mające swoje źródło w innych objawach, np. zaburzeniach motywacji czy objawach wytwórczych. Dopiero

¹⁸² *Ibidem*, s. 95.

¹⁸³ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 199.

w ostatniej dekadzie XX w. doczekały się one większego zainteresowania badaczy. Wykazano, że obejmują one zarówno osłabienie inteligencji ogólnej, dezorganizację myślenia, jak i wybiórcze upośledzenie niektórych aspektów uwagi, pamięci, funkcji wzrokowo-przestrzennych czy zdolności językowych. W szczególnej mierze dotyczą one procesów związanych z przetwarzaniem informacji, rozwiązywaniem problemów, planowaniem i myśleniem abstrakcyjnym. Szacuje się, iż zaburzenia procesów poznawczych o różnym nasileniu występują u ponad 90% schizofreników, natomiast u osób zdrowych ich częstość nie przekracza 10%¹⁸⁴. Co więcej, schizofreniczne zaburzenia myślenia umieszczane były jako składowe objawów pozytywnych. Niemniej niedawne wyniki badań wykazały, iż objawy poznawcze są niezależnym, symptomatologicznym wymiarem schizofrenii¹⁸⁵. Przyjrzymy się więc bliżej niektórym obszarom dysfunkcji poznawczych występujących w schizofrenii.

▪ **Oslabienie inteligencji ogólnej.**

Jedną z najwcześniej opisanych dysfunkcji poznawczych w schizofrenii było obniżenie globalnej zdolności intelektualnego funkcjonowania chorych, co zostało potwierdzone późniejszymi badaniami (lata czterdzieste XX wieku) przy użyciu psychometrycznych testów do badania inteligencji. Wyniki współczesnych badań wskazują, iż iloraz inteligencji u chorych na schizofrenię ulega wyraźnemu obniżeniu w okresie co najmniej dwóch lat przed obserwacją pierwszego epizodu psychozy¹⁸⁶. Niektórzy badacze posuwają się nawet do stwierdzenia, że obniżenie ilorazu inteligencji jest markerem pozwalającym na ustalenie predyspozycji do zachorowania na schizofrenię, a tym samym należy potraktować tego typu objaw za jedną z oznak poprzedzających wystąpienie charakterystycznych, ostrych symptomów chorobowych (tzw. faza prodromalna schizofrenii). Przyczynić to

¹⁸⁴ A. Borkowska, J. Rybakowski: *Deficyty poznawcze w schizofrenii*, [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2005, s. 7.

¹⁸⁵ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 202.

¹⁸⁶ A. Borkowska, J. Rybakowski: *op. cit.*, s. 9. Późniejsze prace wskazywały nawet, iż ogólny poziom sprawności poznawczych u chorych na schizofrenię jest porównywalny z chorymi z uszkodzeniami mózgu; A. Borkowska, B. Hintze: *Obszary zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii* [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012, s. 13.

miałoby się do poprawy przewidywalności zachorowań i wykrywania osób chorych, a tym samym na wdrożenie właściwego leczenia¹⁸⁷.

▪ **Zaburzenia procesów przetwarzania informacji.**

Do istotnych dewiacji występujących w schizofrenii zaliczyć należy zakłócenia w zakresie procesów percepcji bodźców i przetwarzania informacji. Nieprawidłowości w tym zakresie obejmują zaburzenia przetwarzania bodźców słuchowych i wzrokowych. W odniesieniu do pierwszej grupy, u schizofreników obserwowane są nieprawidłowości w selekcji bodźców dopływających z otoczenia, w tym m.in. trudności z oddzieleniem bodźców istotnych od szumu informacyjnego (bodźców tła). Oddzielenie informacji istotnych od nieistotnych dokonywane jest na pierwszym etapie analizy informacji, w ciągu pierwszych kilku milisekund. Taki proces bramkowania informacji nazywany jest bramkowaniem sensoryczno-motorycznym. Deficyt w tym zakresie jest jednym z najwcześniej stwierdzanych deficytów, wykazującym silną korelację z nasileniem objawów klinicznych, zarówno pozytywnych jak i negatywnych. Upośledzenie to powoduje w efekcie ciągły napływ informacji doprowadzający do przeciążenia informacyjnego. W schizofrenii występują także zaburzenia przetwarzania bodźców wzrokowych. Badania wykonane za pomocą techniki maskowania wzrokowego wykazały, iż u ok. 80% osób chorych na schizofrenię występuje upośledzenie tzw. maskowania reakcji za pomocą wzrokowego bodźca poprzedzającego lub występującego w bardzo krótkim czasie po prezentowanym bodźcu wzrokowym. Deficyt ten stwierdzany jest nie tylko przy pierwszym epizodzie schizofrenii, lecz także w fazie prodromalnej, co pozwoliło na wysunięcie tezy, iż zaburzenie maskowania wzrokowego jest jednym z markerów predyspozycji do zachorowania na schizofrenię¹⁸⁸.

▪ **Zaburzenia myślenia.**

Myślenie jest aktywnym, pośrednim procesem odzwierciedlania się w świadomości stosunków, związków i współzależności istniejących między

¹⁸⁷ M. Davidson, A. Reichenberg, J. Rabinowitz, M. Weiser, Z. Kaplan, M. Mark: *Behavioral and Intellectual Markers for Schizophrenia in Apparently Healthy Male Adolescents*, The American Journal of Psychiatry, September 1999; 156: 1328-1335; A. Borkowska, B. Hintze: *op. cit.*, s. 13.

¹⁸⁸ A. Borkowska, J. Rybakowski: *op. cit.*, s. 10; A. Borkowska, B. Hintze: *op. cit.*, s. 14-15.

rzeczami, ludźmi i zjawiskami, jak również procesów odbywających się w nas samych. Myślenie jest złożonym procesem psychicznym, niezwykle podatnym na zaburzenia¹⁸⁹. Zgodnie z tezą Bleulera, do podstawowych cech schizofrenii zaliczyć należy szczególne zaburzenia powiązań myślowych. Schizofreniczne zaburzenia myślowe dzielimy na dwie podstawowe kategorie: wewnętrzne zaburzenia myślenia oraz zaburzenia mowy i języka. Pojęcie zaburzeń myślenia jest wielowymiarowe i obejmuje swoim zakresem znaczeniowym zaburzenia uwagi, problemy w użyciu kluczy kontekstowych i upośledzenie funkcji wykonawczych. Zaburzenia myślenia w kontekście deficytów uwagi obejmują nadmierne rozproszenie uwagi, dezorganizację i odhamowanie poznawcze¹⁹⁰. Trudności z rozmieszczeniem zdania w kontekście przejawiają się m.in. brakiem umiejętności spontanicznego stosowania pewnych strategii kodowania informacji (w tym podobnych kategorii semantycznych) i problemami z umieszczaniem zdań w kontekście. Charakterystyczne dla schizofreników są następujące typy zaburzeń myślenia: rozkojarzenie (*dissociatio* - utrata logicznych i istotnych powiązań pomiędzy słowami lub zdaniami¹⁹¹), tangencjonalność (odchodzenie od tematu rozmowy w kierunku innego, który nasunął się choremu podczas rozmowy), inkoherencja (całkowita utrata logicznych związków między zdaniami, czego następstwem jest niezrozumiałość wypowiedzi), brak logiki (czego skutkiem jest szereg błędów wnioskowania polegających na udzielaniu nielogicznych odpowiedzi na logiczne pytania, jak również występowanie błędów wnioskowania indukcyjnego), dygresyjność (podawanie zbyt dużej ilości szczegółów nie mających związku ze

¹⁸⁹ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 71.

¹⁹⁰ Pojęcie to oznacza, iż wielokrotna wcześniejsza ekspozycja na bodziec, nie stanowi elementu wzmacniającego proces uczenia się podczas późniejszej prezentacji tego bodźca. U schizofreników nie rozwija się zjawisko późnego hamowania, albowiem chorzy nie przestają zwracać uwagi na bodziec warunkujący (powtarzająca się wcześniejsza ekspozycja na bodziec), bądź też nie stają się wobec niego nieuważni; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 203-204.

¹⁹¹ W skrajnych przypadkach może nawet dochodzić do niemożności formułowania jakichkolwiek sądów przez schizofrenika. W silnie posuniętym rozkojarzeniu myślenia wypowiedzi schizofreniczne stają się bezsensownym mieszanką słów (syllab), co nazywane jest tzw. sałatką słowną. W konsekwencji porozumiewanie się z chorymi, u których występuje *dissociatio*, jest niezwykle utrudnione, a często niemożliwe; J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 74- 75. Co do zasady, rozkojarzenie myślenia jest objawem zaburzeń asocjacji; M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter: *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991, s. 171.

sprawą), werbigeracje (dobór słów nie z uwagi na znaczenie, lecz ze względu na brzmienie lub fonetyczne podobieństwo), neologizmy (stosowanie nowych, nie posiadających sensu słów), trudności w myśleniu abstrakcyjnym (duże problemy z interpretacją przysłów i znajdowaniem podobieństw), echolalie (powtarzanie słów, fraz, fragmentów zdań, dźwięków, które chory usłyszał przed momentem), otamowanie myślenia¹⁹² (zwięźlenie lub całkowite przerwanie przepływu strumienia myśli, określane przez chorych „nagłym drenowaniem mózgu”)¹⁹³.

Szerzej problematyka schizofrenicznych fenomenów językowych wskazujących na występowanie zaburzeń myślenia zostanie przedstawiona w *Rozdziale III „Patologia pisma ze szczególnym uwzględnieniem pisma schizofreników”*.

▪ **Zaburzenia uwagi.**

Uwaga polega na kierowaniu czynności poznawczych w określonym kierunku i gotowości do działania. Zaburzeń uwagi nie można rozpatrywać w sposób izolowany, wybiórczy, lecz w związku z innymi czynnościami psychicznymi. Znamienne dla schizofreników jest występowanie różnego rodzaju nieprawidłowości procesów uwagi, co jest konsekwencją m.in. upośledzenia procesów selekcji i zaburzeń przetwarzania informacji. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zaburzenia uwagi w sposób bezpośredni wpływają na jakość czynionych spostrzeżeń; same zaś zaburzenia polegają w głównej mierze na nadmiernej przeczutowości, trudności w przenoszeniu uwagi z jednego przedmiotu na inny, bądź też na problemach z trwałością i zakresem uwagi.

Na proces uwagi składają się bowiem cztery aspekty: czujność uwagi (zdolność do detekcji bodźców), ciągłość uwagi (zdolność do skupienia uwagi przez dłuższy okres czasu), selektywność uwagi (możliwość skupienia uwagi na istotnej informacji przy równoczesnym ignorowaniu bodźców zakłócających) oraz podzielność uwagi (zdolność do podzielenia uwagi pomiędzy kilkoma równoczesnymi komunikatami).

¹⁹² Schizofrenicy, u których zatamowanie myśli występuje, w trakcie wypowiedzi słownej nagle milkną, odczuwając ucieczkę lub wyrwanie z głowy wszelkich myśli. Stan ten może trwać nawet do kilku minut; J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 74.

¹⁹³ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 203-206; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 235.

Przy badaniu procesów uwagi za pomocą Testu Ciągłego Wykonywania (*CPT – Continuous Performance Test*), schizofrenicy uzyskują znacznie gorsze wyniki, w porównaniu do kontrolnej grupy osób zdrowych. Znamienne dla schizofreników są: słaba koncentracja uwagi, łatwe rozpraszanie się wskutek bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, trudności w przenoszeniu uwagi na nowy bodziec i tzw. lepkość myślenia, tj. monotematyczność poruszanych wątków i tematów (w tym także utrata wątku)¹⁹⁴.

C. OBJAWY NEGATYWNE.

Jak już wcześniej opisano, objawy negatywne stanowią trwały element schizofrenii, zaliczany przez autorów pojęć *dementia praecox* i *schizofrenia* do podstawowych cech tej psychozy. Aktualnie powszechnie przyjmuje się, iż objawy te dzielą się na pierwotne i wtórne. Przez pierwotne rozumiemy objawy ubytkowe, poprzedzające wybuch pierwszego epizodu (a więc występujące w okresie przedchorobowym), występujące w fazie psychotycznej, jak i z reguły utrzymujące się w okresie pomiędzy epizodami. Wtórne objawy negatywne związane są z epizodami psychotycznymi, depresją i spadkiem morale, jak również z niepożądanymi działaniami leków przeciwpsychotycznych. Nawiązując do wcześniej podanych danych odnośnie teorii dwóch typów schizofrenii stworzonej przez Crowa, warto nadmienić, iż objawy negatywne, będące wynikiem zmian strukturalnych w mózgu, rzeczywiście są stabilniejsze i zdecydowanie bardziej odporne na suplementację neuroleptykami, aniżeli objawy wytwórcze¹⁹⁵. Wyniki metaanaliz wskazują, iż przejawiają się one nasileniem już w okresie pierwszego epizodu i utrzymują z wyraźną stabilizacją przez okres obserwacji, trwający do pięciu lat¹⁹⁶. W tym miejscu warto przedstawić katalog objawów negatywnych,

¹⁹⁴ E. Gruza: *op. cit.*, s. 266; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 206; J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 75; A. Borkowska, J. Rybakowski: *op. cit.*, s. 10-11; A. Borkowska, B. Hintze: *op. cit.*, s. 15.

¹⁹⁵ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 200.

¹⁹⁶ H. Häfner, W. Löffler, K. Maurer, M. Hambrecht, W. an der Heiden: *Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia*, Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 100, Issue 2, August 1999, s. 105-118; X.F. Amador, B. Kirkpatrick, R.W. Buchanan, W.T. Carpenter, L. Marcinko, S.A. Yale: *Stability of the Diagnosis of Deficit Syndrome in Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry, April 1999, 156, s. 637-639.

celem możliwie pełnego przedstawienia spektrum osłabienia bądź utraty prawidłowych funkcji występujących u schizofreników¹⁹⁷.

- Zblednięcie (spłaszczenie) afektu – przejawia się brakiem bądź spłyceniem objawów reakcji emocjonalnych na bodźce, zmniejszeniem częstości ruchów spontanicznych (w tym silną tendencją do utrzymywania przez dłuższy czas identycznej pozycji ciała), ubóstwem gestów ekspresyjnych, unikaniem kontaktu wzrokowego (w tym m.in. wpatzeniem w jeden punkt) oraz brakiem modulacji głosu w trakcie wypowiedzi i niemożnością wyrażenia emocji za pośrednictwem głosu (tzw. brak modulacji afektywnej i brak przydźwięku uczuciowego w wypowiedziach¹⁹⁸).
- Słaby kontakt – objawia się unikaniem kontaktu wzrokowego, nieudzielaniem odpowiedzi na pytania. Komunikacja werbalna i pozawerbalna przejawia znaczne zubożenie, co wiąże się ze znacznym zmniejszeniem interakcji międzyludzkich.
- Bierne (apatyczne) izolowanie się od otoczenia i kontaktów społecznych – obejmuje swoim zakresem zmniejszenie zainteresowania seksem i związanymi z nim aktywnościami, niezdolność do nawiązania bliższych kontaktów z ludźmi i interakcji z otoczeniem, samotność.
- Stereotypie myślowe – obejmują nawracające, wtrącone myśli, sztywne przekonania o charakterze nieracjonalnym i często ekstremalnym. Temat rozmowy koncentruje się na kilku zagadnieniach, a chory nie jest w stanie oderwać się od nurtującej go, schematycznej i sztywnej tematyki.
- Alogia – powiązana z niżej opisaną abulią i apatią. Przejawia się znacznym zubożeniem mowy spontanicznej, częstym brakiem odpowiedzi na zadawane pytania, zubożeniem przekazywanych treści i informacji poprzez nadmierną abstrakcję i stereotypie, wydłużeniem czasu odpowiedzi na pytania, będącym konsekwencją zamyślenia się i zajęcia myśli odległymi od nurtu rozmowy rozważaniami.

¹⁹⁷ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 198-202.

¹⁹⁸ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 100.

- Abulia (awolicja) i apatia – chory przejawia brak energii, napędu psychoruchowego, motywacji, spontaniczności i inicjatywy oraz aktywności (tzw. anergia fizyczna, czyli silna tendencja do bierności fizycznej). Nadto chorzy nie wykazują zainteresowania podejmowaniem jakiejkolwiek czynności związanej z dbaniem o siebie i o własną higienę¹⁹⁹.

D. OBJAWY ZWIĄZANE Z POBUDZENIEM.

Obejmują swoim zakresem wrogość i agresję, pobudzenie, brak współpracy oraz słabą kontrolę impulsów. Kluczową rolę odgrywają jednak dwa pierwsze czynniki i na nich zostanie skupiona uwaga.

Wrogość i agresja w schizofrenii obejmują zarówno werbalne jak i pozawerbalne przejawy złości i urazy. Mogą one przyjmować postać sarkazmu, biernego zachowania agresywnego, napastliwości słownej, drażliwości, podejrzliwości i braku współpracy. Objawy wrogości i agresji u schizofreników są trudne do przewidzenia i mogą mieć one charakter przejściowy, jak i stały²⁰⁰.

U pacjentów schizofrenicznych prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań gwałtownych i agresji jest większe, aniżeli w ogólnej populacji. Częstość występowania zachowań agresywnych i wrogości obserwowana u schizofreników wynosi 26,08%, przy czym ryzyko to powiększa się dwukrotnie w przypadku uzależnienia od środków psychoaktywnych²⁰¹. Duńskie badania związków pomiędzy kartotekami policyjnych przestępstw a kartotekami szpitali psychiatrycznych wykazały, iż przestępczość wśród schizofreników jest większa niż w populacji ogólnej. Wśród mężczyzn ze schizofrenią, 37% dopuściło się przestępstw, zaś 13% wszystkich sprawców dopuściło się przestępstw związanych

¹⁹⁹ *Ibidem*, s. 118-119.

²⁰⁰ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 207.

²⁰¹ F. Ellouze, S. Ayedi, S. Masmoudi, L. Bakri, W. Chérif, R. Zramdini, M. Lagueche, H. Amri, T. Ben Abba, M. F. M'rad: *Schizophrenia and violence, incidence and risk factors: a Tunisian sample*, *Encephale*, September 2009; 35 (4): 347-352.

z agresją przed pierwszą hospitalizacją²⁰². Fińskie, trwające osiem lat badania prawdopodobieństwa wystąpienia agresji i popełnienia w związku z tym przestępstwa zabójstwa wykazały, iż ryzyko takie zwiększa się ośmiokrotnie w przypadku mężczyzn oraz 6,5 - krotnie w przypadku kobiet²⁰³. Przeprowadzone w Danii badania urodzonych w latach 1944-1947 wykazały wysoce znacząco pozytywną korelację pomiędzy zaburzeniami psychicznymi prowadzącymi do hospitalizacji, a przestępstwami związanymi z agresją (współczynnik 2,0 - 8,8 dla mężczyzn i 3,9 - 23,2 dla kobiet)²⁰⁴.

Determinanty zachowań agresywnych u schizofreników są wieloczynnikowe. Z jednej strony będą to bowiem takie czynniki jak wspomniana już nadmierna drażliwość, silna tendencja do irytacji, czy też skłonność do uzewnętrzniania gniewu. Wskazuje się w literaturze, iż często do tego typu zachowań przyczyniają się współistniejące z zaburzeniami psychicznymi problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Bezspornie jednak do kluczowych czynników wpływających na zachowania impulsywne i agresywne zaliczyć należy wystąpienie doznań psychotycznych, takich jak omamy nakazujące, urojenia prześladowcze, urojenia zazdrości czy też ugłosnienie myśli. Agresja występująca epizodycznie jest związana z urojeniowym postrzeganiem innych ludzi, jako potencjalnego źródła zagrożenia dla chorego. W konsekwencji schizofrenik jest przeświadczony, iż winien „prewencyjnie” zaatakować urojonego wroga, zanim ten zaatakuje jego samego²⁰⁵. Dodać również należy, iż na urojeniowym fundamencie rodzić się mogą negatywne emocje - poczucie skrzywdzenia i chęć zemsty, które przybierają coraz bardziej konkretny obraz. Od

²⁰² R. Munkner, S. Haastrup, T. Joergensen, P. Kramp: *The temporal relationship between schizophrenia and crime*, Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology (2003) Volume 38, Number 7: 347-353.

²⁰³ M. Eronen, P. Hakola, J. Tiihonen: *Mental disorders and homicidal behavior in Finland*, Archives of General Psychiatry, June 1995; Volume 53 (No. 6); 497-501.

²⁰⁴ P. A. Brennan, S. A. Mednick, S. Hodgins: *Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort*, Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 494-500. Warto nadmienić, iż niekiedy w literaturze spotykane jest zaliczanie do zachowań agresywnych nie tylko agresji skierowanej na zewnątrz, lecz także działań autoagresywnych, na które składać się mają samouszkodzenia i próby samobójcze. Niemniej za dominujący uznać należy nurt, zgodnie z którym samookaleczenie i samobójstwa są uznawane za powikłania objawów zaliczanych do sfery depresji i lęku w psychopatologii schizofrenii. Taki też podział został przyjęty przez autora.

²⁰⁵ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 207.

ogólnej myśli „mam dość, ludzie mnie denerwują” aż do wyobrażenia np. użycia broni, szczegółowego zaplanowania zbrodni na wymyślnym wrogu, obwinianym za osobiste porażki, czy też w celu realizacji patologicznych treści urojeń zazdrości, prześladowczych bądź katastroficznych. Innymi słowy, działania agresywne w takich przypadkach stanowią ekspresję patologicznych stanów psychicznych i emocjonalnych.

E. OBJAWY LĘKU I DEPRESJI.

Wśród objawów zaliczanych do tej sfery zalicza się lęk, depresję, poczucie winy i napięcia wewnętrznego, jak również samobójstwo i akty samookaleczenia.

Z nozologicznego punktu widzenia, **objawy depresyjne** stanowią odrębne od schizofrenii zaburzenia, mogące wystąpić w różnych okresach psychozy, a więc zarówno w fazie prodromalnej, w chorobie przewlekłej, w okresie nawrotów, jak i podczas remisji bądź ustąpienia ostrych objawów psychotycznych. Częstość występowania objawów depresji w schizofrenii jest określana na poziomie od 7% do 75%, co daje podstawę do stwierdzenia, iż stanowią one poważny problem w tym schorzeniu²⁰⁶. Implikuje to także tezę, iż objawy depresyjne nie stanowią swoistej reakcji na przewlekły przebieg schizofrenii²⁰⁷. Rezultaty analiz grupy 998 pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii wykazały, iż zaburzenia depresyjne występują w tej grupie niezwykle często, pozostając w korelacji z tendencjami samobójczymi²⁰⁸. Podkreśla się również, iż prodromalna faza schizofrenii przypomina obrazem

²⁰⁶ S. G. Siris, D. Addington, J. M. Azorin, I. R. Fallon, J. Gerlach, S. R. Hirsch: *Depression in schizophrenia recognition and management in the USA*, Schizophrenia Research 2001, March 1, 47 (2-3): 185-197; T. R. Barnes, D. A. Curson, P. F. Liddle, M. Patel: *The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients*, The British Journal of Psychiatry 1989 April, 154: 486-491; J. R. Sands, M. Harrow: *Depression during the longitudinal course of schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin 1999, 25: s. 157-171; S. G. Siris: *Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of „Atypical” Antipsychotic Agents*, The American Journal of Psychiatry 2000; 157:9, September 2000: 1379-1389. S. Siris stoi również na stanowisku, iż w ujęciu historycznym schizofrenia i depresja były postrzegane jako osobne zaburzenia; jego zdaniem aktualnie należy postrzegać objawy depresyjne jako powszechnie, zwykle występujące w schizofrenii.

²⁰⁷ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 208.

²⁰⁸ R. Bottlender, A. Strauss, H. J. Möller: *Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients*, Acta Psychiatrica Scandinavica 2000 Feb; 101(2): 153-160.

klinicznym depresję, dodatkowo często nasiloną objawami anhedonii²⁰⁹. Depresja, która poprzedza wystąpienie psychozy, określana jest mianem „prepsychotycznej”. Niepokój, wycofanie się, poczucie winy i wstydu, często towarzyszą zaburzeniom nastroju w tym okresie. Równocześnie objawy te współwystępują ze wczesnymi symptomami zaburzeń psychotycznych, takimi jak nadmierna czujność, zaburzenia postrzegania i ich patologiczna nadinterpretacja. Zazwyczaj pozorny stan depresji trwa przez krótki okres czasu, jako fenomen trwający kilka dni bądź tygodni, ewoluujący ostatecznie w stadium wystąpienia pełnych objawów psychotycznych²¹⁰. Koree wraz ze współpracownikami, na podstawie badań empirycznych doszedł do wniosku, iż symptomy depresji u pacjentów doświadczających pierwszego epizodu psychozy, mogą stanowić główną część ostrego schorzenia lub też mogą wystąpić jako subiektywna reakcja na doświadczenie psychicznej dekompensacji²¹¹. Związek pomiędzy występowaniem objawów depresyjnych w przebiegu schizofrenii a perspektywą wyleczenia i powrotu do zdrowia jest wciąż przedmiotem debaty; zdaniem autora w literaturze przedmiotu problematyka ta nie została definitywnie rozstrzygnięta. Wyniki jednych badań wskazują na pozytywne oddziaływanie występujących w psychozie objawów depresji na leczenie²¹². Z drugiej strony, rezultaty innych badań sugerują, iż obecność symptomów depresyjnych w przebiegu schizofrenii przewlekłej stanowi negatywny prognostyk wyleczenia, a tym samym

²⁰⁹ C. L. Candido, D. M. Romney: *Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder*, Journal of Affective Disorders, August, 2002, Volume 70, Issue 3: 261-271.

²¹⁰ S. G. Siris: *op. cit.*, s. 1381.

²¹¹ A. R. Koreen, S. G. Siris, M. Chakos, J. Alvir, D. Meyerhoff, J. Lieberman: *Depression in first-episode schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 1993, November, 150(11): 1643-1648. Rezultaty badań Koreena i jego współpracowników wskazują również, iż w przypadku schizofrenii przewlekłej, gdy objawy depresji ujawnią się po upływie jednego roku od czasu zakończenia ostatniej ostrej fazy psychotycznej, ryzyko nawrotu do psychozy zwiększa się istotnie.

²¹² S. R. Kay, J. P. Lindenmayer: *Outcome predictors in acute schizophrenia. Prospective significance of background and clinical dimensions*, The Journal Nervous and Mental Disease 1987 March, 175 (3): 152-160; R. A. Emsley, P. P. Oosthuizen, A. F. Joubert, M. C. Roberts, D. J. Stein: *Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder*, The Journal of Clinical Psychiatry 1999 November; 60 (11): 747-51; P. Oosthuizen, R. Emsley, D. Niehaus, L. Koen, B. Chiliza: *The relationship between depression and remission in first-episode psychosis*, World Psychiatry October 2006, 5-3: 172-176.

implikuje gorsze zejście choroby i negatywny wpływ na proces dostosowania społecznego²¹³, zwiększa ryzyko nawrotu choroby²¹⁴ i popełnienia samobójstwa²¹⁵.

W odniesieniu do depresji popsychotycznej²¹⁶, w literaturze przedmiotu opisuje się ją jako będącą rezultatem zarówno reakcji na uświadomienie sobie szkód wywołanych przez schizofrenię, jak i reakcji na dyskomfort związany z występowaniem objawów psychozy. U części schizofreników objawy depresyjne występują w okresie trwania ostrego epizodu psychotycznego, stopniowo ustępując w miarę zanikania objawów wytwórczych; u innych z kolei depresja o znacznym nasileniu pojawia się dopiero po ustąpieniu ostrej psychozy²¹⁷. Wskazuje się, iż depresja w schizofrenii wykazuje korelację z objawami negatywnymi; brak energii, anhedonia, obniżenie napędu psychoruchowego, smutek, upośledzenie dostosowania społecznego, należą do wspólnych objawów depresyjnych i negatywnych²¹⁸.

Samobójstwo uznać należy za główną przyczynę śmierci pacjentów schizofrenicznych. Rezultaty badań wskazują, iż współczynnik śmierci wskutek

²¹³ T. H. McGlashan, W. T. Carpenter: *Postpsychotic depression in schizophrenia*, Archives of General Psychiatry 1976 February; 32 (2): 231-239; M. Bengston: *Post-Schizophrenic Depression*, Psych Central, retrieved on September 20, 2011, pobrano z: <http://psychcentral.com/lib/2006/post-schizophrenic-depression/>; W. T. Carpenter Jr, B. Kirkpatrick: *The Heterogeneity of the Long-Term Course of Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin 1988, Vol. 14 (4): 645-652.

²¹⁴ M. Birchwood, R. Mason, F. MacMillan, J. Healy: *Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis*, Psychological Medicine 1993 May; 23 (2): 387-395.

²¹⁵ A. Roy, R. Thompson, S. Kennedy: *Depression in chronic schizophrenia*, The British Journal of Psychiatry 1983 May; 142: 465-470.

²¹⁶ W literaturze spotyka się zamienne stosowanie zwrotów „depresja popsychotyczna”, „depresja postschizofreniczna”, „druga depresja”. Nie wdając się w głębsze rozważania poświęcone tej tematyce, warto nadmienić, iż, zdaniem niektórych psychiatrów, każdy z powyższych terminów definiuje inny zespół schorzeń, odmienny klinicznie; tak np.: C. Mullholland, S. Cooper: *The symptom of depression in schizophrenia and its management*, Advances in Psychiatric Treatment, 2000, Vol. 6: 169-177.

²¹⁷ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 208; M. Chintalapudi, P. Kulhara, A. Avasthi: *Post-psychotic depression in schizophrenia*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 1993, 243: 103-108.

²¹⁸ C. Mullholland, S. Cooper: *op. cit.*, s. 170; N. C. Andreasen: *Negative symptoms in schizophrenia: definition and validation*, Archives of General Psychiatry 1982 July, 39 (7): 789-794; A. Kopelowicz, R. Lieberman, J. Mintz, R. Zarate: *Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 1997, 154 (3): 424-425.

samobójstw w tej grupie wynosi 5 – 24%²¹⁹. Panuje powszechna zgoda w kwestii tego, iż do czynników zwiększających ryzyko popełnienia przez schizofreników samobójstwa należą: młody wiek, płeć męska, rasa biała, stan wolny, nadużywanie w przeszłości substancji psychoaktywnych (w szczególności alkoholu), wcześniejsze próby samobójcze, poczucie beznadziejności, społeczna izolacja, występowanie objawów depresyjnych, jak również świadomość bycia chorym psychicznie²²⁰.

Samookaleczania, przez które należy rozumieć zachowania rozmyślne, powtarzające się i impulsywne, nie prowadzące do śmierci, mogą przybierać u schizofreników postać np. przypalania (żelazkiem, papierosem), uderzania siebie lub w przedmioty otoczenia, nacinania ciała (brzytwą, nożem, żyłką), celowego zarażania się infekcją, umieszczania różnorodnych przedmiotów w naturalnych otworach ciała, łamania sobie kości, wyłupywania oka, obcinania genitaliów. Te ostatnie są rezultatem urojeń religijnych, omamów imperatywnych i izolacji społecznej²²¹.

Lęk w schizofrenii najczęściej występuje w prodromalnej (w szczególności na początku fazy zwiastunów, przed ujawnieniem omamów i urojeń) oraz ostrej fazie choroby. Poczucie lęku jest związane z reakcją chorego na urojeniowe postrzeganie

²¹⁹ C. P. Miles: *Conditions predisposing to suicide: a review*, The Journal of Nervous and Mental Disease 1977, 164: 231-246; S. Brown: *Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis*, The British Journal of Psychiatry 1997, 171: 502-508; A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 209; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 131.

²²⁰ M. Pompili, X. F. Amador, P. Girardi, J. Harkavy-Friedman, M. Harrow, K. Kaplan, M. Krausz, D. Lester, H. Y. Meltzer, J. Modestin, L. P. Montross, P. B. Mortensen, P. Munk-Jørgensen, J. Nielsen, M. Nordentoft, P. I. Saarinen, S. Zisook, S. T. Wilson, R. Tatarelli: *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*, Annals of General Psychiatry 2007, 6: 10, pobrano z: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/10>, stan na dzień 01.10.2011 r.; D. W. Black: *Mortality in Schizophrenia - The Iowa Record-Linkage Study: A Comparison with General Population Mortality*, The Academy of Psychosomatic Medicine, Volume 29, Number 1, Winter 1998, s. 55-60; H. Heilä, E. T. Isometsä, M. M. Henriksson, M. E. Heikkinen, M. J. Marttunen, J. K. Lönnqvist: *Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 1997; 154, s. 1235-1242. W metaanalizie przeprowadzonej przez R. E. Drake i jego zespół wykazano, iż utrzymywanie się przez dłuższy okres czasu nastroju depresyjnego, beznadziejności i braku stabilności psychomotorycznej, w sposób znamieny podwyższa ryzyko popełnienia przez schizofreników samobójstwa; R. E. Drake, C. Gates, P. G. Cotton: *Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides*, The British Journal of Psychiatry 1986 December; 149: 784-789.

²²¹ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 210; H. Becker, U. Hartmann: *Genital self-injury behavior-phenomenologic and differential diagnosis considerations from the psychiatric viewpoint*, Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 1997 February; 65 (2): 71-78.

rzeczywistości oraz omamy, przy czym lęk działa tu na zasadzie błędnego koła; zwiększa bowiem projekcję w przestrzeń zewnętrzną, a pod jego wpływem narastają urojenia i omamy. Schizofrenik nie może znaleźć sposobu wyzwolenia się ze swego lęku, gdyż jest on głównym czynnikiem stwarzającym świat psychotyczny. Występowanie lęku jest traktowane równocześnie jako sygnał ostrzegawczy nawrotu objawów psychotycznych. Lęk w schizofrenii wpływa negatywnie na interakcje społeczne chorych, u których może występować zespół lęku społecznego, przejawiający się ostrym i utrzymującym się lękiem przed udziałem w sytuacjach społecznych, w których chory może czuć się poniżony i zażenowany. Lęk społeczny, charakterystyczny dla okresu prodromalnego, wskutek psychotycznej projekcji, gwałtownie narasta z chwilą nadejścia psychozy. Otoczenie społeczne nabiera niezwykłych cech, które dodatkowo potęguje poczucie lęku, a co za tym idzie, powoduje patologiczne zniekształcenie obrazu świata społecznego. Ludzie otaczający chorego stają się pod wpływem lęku groźni, obdarzeni niezwykłymi mocami (odczytują myśli, tworzą tajemne spiski, podsłuchują, wydają na odległość rozkazy, patrzą, obserwują, znają każdą myśl). Z chwilą wybuchu psychozy aktywują się i potęgują wszystkie dotychczasowe lęki przez ludźmi. Szacuje się, że iż zaburzenia lękowe występują u ok. 50% chorych na schizofrenię; lęk społeczny występuje w grupie od 6 do 42,8% schizofreników²²².

Kierując się chęcią ukazania w sposób możliwie pełny wszelkich aspektów zaburzeń psychopatologicznych związanych ze schizofrenią, która upośledza niemal wszystkie sfery aktywności chorego, autor pokusił się o dodatkowe zestawienie i charakterystykę możliwych zaburzeń występujących i będących następstwem tej psychozy. Charakterystyce poddane zostaną zaburzenia postrzegania, zaburzenia w sferze procesów motywacyjnych, zaburzenia poznania oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego i zawodowego. Aspekt tychże zaburzeń jest stosunkowo rzadko poruszany w literaturze przedmiotu, niemniej zdaniem autora zasługują na uwzględnienie. Każde z przedmiotowych zaburzeń prowadzi bowiem

²²² A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 210-211; A. Kępiński: *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 150-160.

do ogólnego upośledzenia funkcjonowania i pokazuje załamanie linii życiowej osób ze schizofrenią.

a) **Zaburzenia spostrzegania.** Podstawowym warunkiem prawidłowego odzwierciedlenia w świadomości człowieka otoczenia (ludzi, rzeczy, zdarzeń) oraz samego siebie, jest prawidłowe spostrzeganie, które winno zachodzić w stanie pełnej świadomości przeżywanych zjawisk. Kontakt i orientacja w świecie zewnętrznym i wewnętrznym są realizowane za pomocą narządów zmysłowych, które pod wpływem bodźców odbierają i przekazują do o. u. n. informacje w postaci stanu pobudzenia. Najprostszymi procesami psychicznymi, będącymi rezultatem oddziaływania bodźców na narządy zmysłowe, są wrażenia, czyli proste odczucia cech i właściwości naszego otoczenia²²³. Izolowane wrażenia zmysłowe zdarzają się jednak rzadko; wiążą się one bowiem w grupy, tworząc zespoły wrażeń zwane wyobrażeniami spostrzegawczymi. Dołączają do nich wyobrażenia odtwórcze, mające swoje źródło w poprzednio zapamiętanych spostrzeżeniach i doświadczeniach, rzutując tym samym na sposób postrzegania. Dodatkowo powyższe wyobrażenia mogą być wzbogacone wyobrażeniami wytwórczymi, związanymi z poczynionymi dawniej spostrzeżeniami, lecz stanowiącymi nowy, indywidualny twór. Z powyższymi wyobrażeniami korespondują zwykle dwa sądy: sąd realizujący (przekonanie, iż to, co postrzegamy, istnieje w rzeczywistości, jest tworem realnym) oraz sąd klasyfikujący (to, co postrzegane jest tym właśnie, co postrzegamy, a nie czymś innym lub takim jakościowo, ewentualnie ilościowo, a nie innym). Zaburzenia postrzegania mogą przybierać formę wzmożonego, wyostrego natężenia czynności spostrzegania (przesadne doznawanie wrażeń i spostrzeżeń, często stanowiące potwierdzenie patologicznych konstrukcji urojeniowych i urojeniowego postrzegania świata schizofrenicznego). Z drugiej strony występować może również obniżenie czynności postrzegania, co skutkuje zaburzeniem i zwolnieniem doznawania wrażeń i spostrzeżeń. Zaburzenia postrzegania mogą również przybrać postać makropsji (chory postrzega świat

²²³ Np. odczuwanie ciepła, zimna, smaków, szorstkości czy też miękkości przedmiotów, jasności i ciemności, położenia kończyn, etc.

otaczający, poszczególne jego elementy oraz samego siebie w nienaturalnie wielkiej skali) i mikropsji (chory postrzega rzeczywistość w znacznie zmniejszonej skali)²²⁴.

b) Należy uwzględnić również aspekt oddziaływania schizofrenii na **powstawanie zaburzeń w sferze procesów motywacyjnych**, zwłaszcza w obszarze woli, dążeń i działania. Czym jest wola? Najbardziej właściwym wydaje się zdefiniowanie woli jako zdolności do takich działań (lub powstrzymywania się od działań, a więc zaniechania), które stanowią realizację świadomie, po namyśle podjętych decyzji. Dużą rolę odgrywają przy tym uczucia, które są czynnikiem w znacznym stopniu skłaniającym do podejmowania decyzji i ukierunkowującym je. U ludzi zdrowych wola i jej przejawy są czynnikiem determinującym zachowanie i sposób postępowania. Zaburzenia woli, aktywności ruchowej i zachowania, towarzyszą również schizofrenii²²⁵. Mechanizmy psychologiczne i psychopatologiczne mogące mieć wpływ na procesy podejmowania decyzji i wyrażania woli są złożone i przenikające się, zaś zakłócenie jednego z nich prowadzi do deregulacji innych obszarów funkcji psychicznych. Wiele z nich, pomimo tradycyjnego klasyfikowania w obrębie sfery motywacyjnej, posiada ściśle związki z procesami poznawczymi (zwłaszcza dotyczącymi myślenia) i sferą emocjonalną (w szczególności nastrojem i poziomem lęku). Niezwykle istotna dla sfery wolicjonalnej aktywność motoryczna i związany z nią napęd, nie mogą być więc rozpatrywane odrębnie, bez uwzględnienia aspektu współwystępujących z nimi zaburzeń w innych obszarach funkcji psychicznych²²⁶.

²²⁴ T. Bilikiewicz (red.): *Psychiatria kliniczna*, PZWL, Warszawa 1988, s. 90-94; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część I...*, s. 125. Należy podkreślić, iż postrzeganie, także u ludzi zdrowych, może wykazywać duże odchylenia i zniekształcenia oraz cechować się małą precyzją. Może to być konsekwencją uczuć o dużym nasileniu, niemożności koncentracji, zaburzeń uwagi (zmniejszeniem jej ruchliwości bądź nadmierną przerzutowością), braku snu, głodu czy też nadmiernego zmęczenia; J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 61-64.

²²⁵ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 118.

²²⁶ Sprawność procesów decyzyjnych w schizofrenii może być zatem uwarunkowana nasileniem zaburzeń poznawczych (neurokognitywnych). Zaburzenia podejmowania decyzji w schizofrenii mogą być następstwem deficytów funkcji wykonawczych i dokonywania oceny; M. Jaracz: *Podejmowanie decyzji w schizofrenii*, [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012, s. 51.

Bezspornie wyraźnie zakłócający wpływ na sferę motywacyjną dotyczącą procesów wolicjonalnych i decyzyjnych wywiera schizofrenia. Dotyczy to zarówno działań impulsywnych, jak i aktywności złożonej. Aktywność impulsywna jest związana z oddziaływaniem bardzo silnych motywów wewnętrznych (emocje, funkcje popędowe, nawyki), w bardzo małym zakresie podlegających świadomej, racjonalnej kontroli. Impulsywność emocjonalna może przejawiać się m.in. osłabieniem kontroli nad tendencją do zachowań agresywnych, bądź też rezygnacją, apatią, biernością. Aktywność złożona dotyczy najczęściej złożonych decyzji motywacyjnych, z dominującym udziałem świadomej, celowej i ukierunkowanej intencjonalności. Do grupy tych zakłóceń zaliczyć możemy nasilone objawy braku zainteresowania, abulię (niemożność podejmowania decyzji, a gdy została już podjęta - niemożność jej zrealizowania), ambiwalencję (istnienie sprzecznych tendencji i dążeń), negatywizm (czynny bądź bierny opór wobec oddziaływania otoczenia), wzmożenie podatności na sugestie (uleganie wpływom otoczenia²²⁷) bierność, stereotypie, perseweraacje, manieryzmy²²⁸.

c) Schizofrenia powoduje również **zaburzenia poznania społecznego**. Przez pojmowanie (poznanie) społeczne rozumieć należy operacje umysłowe leżące u podstaw interakcji społecznych, w tym zdolności człowieka do postrzegania intencji oraz nastawień (dyspozycji) innych ludzi²²⁹. Według innej definicji, traktującej poznanie społeczne jako główny element zachowań społecznych, jest to proces wspomagający zachowanie jednostki w odpowiedzi na zachowanie osobników tego samego gatunku, w szczególności są to wyższe funkcje poznawcze, które służą skrajnym, różnorodnym i elastycznym zachowaniom społecznym u naczelnych²³⁰. Społeczne poznanie dotyczy takich procesów psychicznych

²²⁷ Aż do tzw. automatyzmu nakazowego, przejawiającego się wykonywaniem przez schizofrenika każdego, nawet najbardziej nielogicznego bądź niebezpiecznego nakazu.

²²⁸ J. Pionkowski: *op. cit.*, s. 118-125; J. Kocur, W. Trendak: *Psychiatryczno-sądowe kryteria oceny zdolności do świadomego albo swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2009, LIX, 136-140.

²²⁹ J. V. Haxby, E. A. Hoffman, M. I. Gobbini: *The distributed human neural system for face perception*, *Trends In Cognitive Sciences*, June 2000, Vol. 4, No. 6: 223-233.

²³⁰ R. Adolphs: *Social cognition and the human brain*, *Trends In Cognitive Sciences*, 1999 (3): 469-479, cyt. za: D. L. Penn, J. Addington, A. Pinkham: *Zaburzenia poznania społecznego*, [w:] *Schizofrenia*, (red.)

(obszarów) jak umiejętności tworzenia przez umysł teorii (*theory of mind*), percepcji społecznej (rozpoznawanie emocji na podstawie wyrazu twarzy) oraz stylu atrybucji. Uogólniając, chorzy na schizofrenię wykazują zaburzenia we wszystkich trzech obszarach. Warto więc pokrótce scharakteryzować ww. kluczowe obszary poznania społecznego w schizofrenii.

Teoria umysłu oznacza zdolność do wyobrażania sobie stanu umysłu innych osób i wnioskowania na temat ich zachowań (lub zamiarów). Umiejętności, które należą do przedmiotowej kategorii, obejmują zrozumienie fałszywych przekonań, aluzji, intencji, kłamstw, przenośni, ironii i niewłaściwego zachowania. Udowodniono, iż u osób chorych na schizofrenię występują zaburzenia mechanizmów teorii umysłu. Co więcej, deficyty teorii umysłu zależą od stanu klinicznego pacjenta schizofrenicznego; chorzy w okresie remisji wykazują prawidłowe wyniki w testach badających rozumienie aluzji, metafor i ironii, jak i w rozwiązywaniu zadań objętych testami pierwszo- i drugorzędowych fałszywych przekonań²³¹. Natomiast u osób przewlekle cierpiących na schizofrenię, wyniki badań konsekwentnie wskazują na utrzymywanie się deficytów w tym zakresie. Deficyty teorii umysłu występujące u schizofreników wpływają negatywnie na ogólne funkcjonowanie społeczne i wykonywanie zadań społecznych, co bezpośrednio przekłada się na codzienne funkcjonowanie osób chorych na schizofrenię²³².

Styl atrybucji odnosi się do sposobu, w jaki dany człowiek wyjaśnia przyczyny wydarzeń pozytywnych i negatywnych. Badania przeprowadzone przez Bentalla i jego zespół w r. 1993 na grupie osób cierpiących na paranoję lub doświadczających urojeń prześladowczych, wykazały silną tendencję do obwiniania innych ludzi za negatywne zdarzenia (porażki) oraz przypisywanie sobie samemu zasług

Lieberman J.A., Stroup S.T., Perkins D.O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006, s. 263.

²³¹ Pierwszorzędowe reprezentacje teorii umysłu obejmują zdolność do zrozumienia, iż ktoś może mieć fałszywe przekonania na temat otoczenia; drugorzędowe dotyczą bardziej złożonej zdolności do zrozumienia faktu, iż ktoś może mieć fałszywe przekonania na temat przekonań innych ludzi (tzw. wnioskowanie na temat przekonań innych osób).

²³² D. L. Penn, J. Addington, A. Pinkham: *op. cit.*, s. 265-267.

w przypadku wystąpienia pozytywnych zdarzeń (sukcesów)²³³. Kolejne badania przeprowadzone przez Bentalla wspólnie z Kindermanem na pacjentach doświadczających urojeń prześladowczych, przy użyciu testu IPSAQ (*Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire*) wykazały, iż atrybucja negatywnych zdarzeń poprzez przypisywanie danej przyczyny zdarzenia innym osobom, a nie okolicznościom, jest znamieną dla cierpiących na urojenia prześladowcze. Jest to tzw. błąd personalizacji, który został również potwierdzony rezultatami kolejnych badań przeprowadzonych przez J. Martina i D. Penna na grupie schizofreników z urojeniami prześladowczymi²³⁴. Podkreśla się, iż tendencja do obwiniania innych za nieprzyjemne wydarzenia prawdopodobnie nasila negatywne emocje, instynkt obronny, tendencje do unikania ludzi oraz zachowania agresywne²³⁵.

Rezultaty wielu badań, których przedmiotem było **rozpoznawanie przez schizofreników emocji na podstawie wyrazu twarzy**, wykazały duże zaburzenia w tym zakresie. W porównaniu z kontrolną grupą osób zdrowych, schizofrenicy przejawiają poważne deficyty w rozpoznawaniu emocji twarzy. Co więcej, głębszych zaburzeń dowiedziono w odróżnianiu emocji negatywnych (np. wstrętu, smutku, lęku, złości), aniżeli emocji pozytywnych²³⁶. Nie do końca wyjaśniona jest w literaturze przedmiotu kwestia stabilności omawianych deficytów; jedne badania potwierdzają stałą tendencję do ich utrzymywania się²³⁷, zaś inne wskazują na

²³³ R. P. Bentall, P. Kinderman, S. Kaney: *The Self, Attributional Processes And Abnormal Beliefs: Towards A Model Of Persecutory Delusions*, Behaviour Research and Therapy, Vol. 32, No. 3, 1994, s. 331-341.

²³⁴ P. Kinderman, R. P. Bentall: *A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire*, Personality and Individual Differences, Volume 20, Issue 2, February 1996: 261-264; J. A. Martin, D. L. Penn: *Attributional Style in Schizophrenia: An Investigation in Outpatients with and without Persecutory Delusions*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 28, No 1, 2002: 131-141.

²³⁵ D. L. Penn, J. Addington, A. Pinkham: *op. cit.*, s. 269.

²³⁶ P. J. Whalen: *Fear, vigilance and ambiguity: initial neuroimaging studies of human amygdala*, Current Directions in Psychological Science 1998; 7: 177-178; M. K. Mandal, R. Pandey, A. B. Prasad: *Facial Expressions of Emotions and Schizophrenia: A Review*, Schizophrenia Bulletin, 24 (1): 339-412, 1998; K. S. Kee, M. F. Green, J. Mintz, J. S. Brekke: *Is emotion Processing a Predictor of Functional Outcome in Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 29(3): 487-497, 2003; J. Lee, F. Gosselin, J. K. Wynn, M. F. Green: *How Do Schizophrenia Patients Use Visual Information to Decode Facial Emotion?*, Schizophrenia Bulletin doi: 10.1093/sch bul/sbq006.

²³⁷ J. F. Whittaker: *Face processing in schizophrenia: defining the deficit*, Psychological Medicine 2001; 31: 499-507.

poprawę funkcjonowania w tym zakresie w czasie remisji choroby²³⁸. Podkreśla się, iż zaburzenia w zakresie rozpoznawania emocji wykazują powiązania z pamięcią, myśleniem abstrakcyjnym, procesami językowymi i uwagą, jak również wyraźnie wpływają na różne aspekty funkcjonowania społecznego, takie jak zadania społeczne, ogólne funkcjonowanie społeczne i jakość życia²³⁹.

d) Do zasadniczych zaburzeń będących następstwem schizofrenii zaliczyć również należy **upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego**²⁴⁰. Markerami udanego funkcjonowania w społeczeństwie na poziomie makro są: finansowa samowystarczalność dzięki pracy, udane życie intymne i rodzinne, utrzymywanie przyjaźni i poprawnych interakcji interpersonalnych, satysfakcjonujące spędzanie wolnego czasu. Zatem na poziomie makro synonimem funkcjonowania społecznego jest przystosowanie społeczne polegające na pełnieniu ról społecznych pracownika, członka rodziny, przyjaciela, kolegi oraz rodzica. Funkcjonowanie społeczne na poziomie mikro obejmuje werbalne, paralingwistyczne i niewerbalne składniki relacji międzyludzkich, np. kontakt wzrokowy, mimika, gestykulacja, długość latencji wypowiedzi. Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię jest zaburzone w wielu podanych wyżej aspektach, zarówno w skali mikro jak i makro (np. zmniejszone prawdopodobieństwo zawarcia małżeństwa, posiadania dzieci i utrzymania aktywności zawodowej, zwiększone prawdopodobieństwo rozwodu). Co ciekawe, zaburzenia w tym zakresie występują u osób, u których w przyszłości ujawni się schizofrenia, od czasów dzieciństwa i dojrzewania, przy czym możliwe są dwa warianty, wyraźnie różniące się od siebie. Część z tych osób jest nieśmiała, lękliwa, nieporadna w interakcjach z otoczeniem, wycofana, mająca duże problemy z rozwinięciem relacji intymnych z osobami płci przeciwnej. Drugi typ przyszłych schizofreników przejawia zaburzenia w kontroli impulsów, częsty udział w bójkach,

²³⁸ W. Gaebel, W. Wolwer: *Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 1992, 242: 46-52.

²³⁹ D. L. Penn, J. Addington, A. Pinkham: *op. cit.*, s. 273.

²⁴⁰ Warto przypomnieć, iż zarówno według klasyfikacji DSM-IV-TR jak i ICD-10, dla rozpoznania schizofrenii niezbędne jest stwierdzenie upośledzenia funkcjonowania społecznego i zawodowego u danej osoby.

pogardę dla autorytetów oraz brak zrozumienia i poszanowania podstawowych norm społecznych. Zatem zaburzenia funkcjonowania społecznego występują nie tylko w długoterminowym przebiegu schizofrenii, ale także wyprzedzają wystąpienie pełnych objawów psychotycznych. Cechą charakterystyczną chorych na schizofrenię jest upośledzenie funkcjonowania zawodowego, które obserwuje się już po 6-18 miesiącach od pierwszego epizodu chorobowego. Bez wątpienia niski stopień zatrudnienia i niezdolność do pracy pogłębia ich wyobcowanie, marginalizację społeczną, stygmatyzację oraz prowadzi do zmniejszenia samooceny, nasilenia objawów depresyjnych, psychotycznych i lękowych. Reasumując, upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego jest znamionną cechą schizofrenii. Dysfunkcje w funkcjonowaniu społecznym występują w korelacji z objawami psychotycznymi, negatywnymi i zaburzeniami funkcji poznawczych, co po raz kolejny ukazuje heterogeniczność i wieloaspektowość schizofrenii. Pomimo faktu, iż zaburzenia funkcjonowania społeczno-zawodowego wykazują cechy długotrwałości i stabilności, terapia indywidualna i programy rehabilitacji zawodowej prowadzą do poprawy umiejętności społecznych oraz zdolności do pracy, a tym samym zmniejszają dyskryminację osób ze schizofrenią²⁴¹.

7. PRÓBA SYNTEZY.

A. Żadne z przedstawionych czynników - biologiczne, genetyczne, psychospołeczne i środowiskowe, nie są na tyle istotne, iż uznać by je można za swoiste dla schizofrenii. Innymi słowy, żadna z przedstawionych hipotez nie daje odpowiedzi na pytanie w przedmiocie jednego czynnika etiologicznego, który jako jedyny byłby zawsze obecny u podłoża psychozy. Świadczyłoby to o wieloczynnikowości schizofrenii.

Przedstawione w niniejszym rozdziale wyniki badań dotyczących ryzyka wystąpienia choroby u bliźniąt jednojajowych (które mają identyczny materiał DNA)

²⁴¹ K. T. Mueser, S. M. Glynn, S. R. McGurk: *Upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006, s. 279-289.

w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi (których materiał DNA jest taki sam w 50%) wykazały, iż chociaż geny odgrywają zasadniczą rolę w przekazywaniu zaburzeń psychicznych, to w grę wchodzi również inne, pozagenetyczne czynniki. Obejmują one wpływ środowiska (infekcje lub urazy we wczesnym okresie życia), a także losowe zaburzenia w rozwoju mózgu. Geny są co prawda istotne, ale nie równoznaczne z przeznaczeniem. To, co dziś lekarze diagnozują jako schizofrenię, może okazać się w przyszłości zespołem różnych chorób o podobnych bądź nakładających się objawach²⁴².

Ograniczenie się jedynie do modelu biomedycznego, w myśl którego podstawą choroby jest organiczny proces mózgowy, zaś jedyną formą leczenia jest farmakoterapia, wydaje się być skrajnie jednostronne i niewłaściwe. Jeśli bowiem przyjmimy, że leczenie neuroleptykami jest jedyną i słuszną terapią, to i efekty przyjęcia takiego podejścia winny znaleźć odzwierciedlenie w odsetkach osób, które wykazywałyby stan równoznaczny z wyleczeniem. Zestawienie tabelaryczne 1.3., przedstawione w roku 2004 przez Wagnera, przeczy powyższemu²⁴³.

Tabela 1.3.

Odsetki wyleczeń na podstawie badań katamnesticznych z okresu od 1881 r. do dziś, na podstawie zestawienia wg Warnera, w uproszczeniu

Pacjenci przyjmowani w latach	Liczba badań	Rozpiętość czasu katamnezy	Pełne wyleczenie (ustąpienie objawów psychotycznych, powrót do poziomu funkcjonowania sprzed choroby)		Wyleczenie społeczne (finansowa i mieszkaniowa niezależność, niski poziom niedostosowania społecznego)		Pozostający w szpitalu (hospitalizowani w czasie badania katamnesticznego)	
			badanych łącznie	w tym wyleczonych %	Badanych łącznie	w tym wyleczonych %	Badanych łącznie	w tym wyleczonych %
1881-1900	2	do 29 lat	207	12	182	15	-	-
1901-1920	12	1-31	1373	20	1850	41	1919	44
1921-1940	27	2-40	4264	12	3761	29	3984	49
1941-1955	17	2-23	3285	23	2818	44	2348	25
1956-1975	34	1-22	2893	20	3160	43	2695	15
1976 do dziś	18	2-16	1951	20	1656	33	1045	9

²⁴² D. C. Javitt, J. T. Coyle: *op. cit.*, s. 41.

²⁴³ J. Wciórka: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, s. 29

Szczególnie interesujące są dwa fakty. Po pierwsze odsetek wyleczeń na przestrzeni stulecia uległ stosunkowo niewielkim zmianom, pomimo kilku „rewolucji” terapeutycznych. Po drugie, zdecydowany spadek liczby pozostających w szpitalu zaznaczył się jeszcze przed wprowadzeniem leków neuroleptycznych, co podważa szeroko rozpowszechnione mniemanie, iż wyraźna poprawa wyników leczenia schizofrenii wiąże się w głównej mierze z wprowadzeniem aktywnej farmakoterapii zaburzeń schizofrenicznych²⁴⁴.

Schizofrenia manifestuje się w dwóch krańcowo różniących się odmianach; może bowiem przyjąć zarówno postać łagodniejszych i odwracalnych zaburzeń psychotycznych z pogranicza, tzw. *borderline*, jak również ostrą formę psychozy, będącej następstwem rozległych i głęboko sięgających zaburzeń rozwojowych. Tak zdecydowane różnice w przebiegu schizofrenii dały niektórym badaczom asumpt do twierdzenia, iż psychoza ta jest *de facto* grupą chorób składającą się z dwóch lub więcej zaburzeń o zróżnicowanej etiologii. Teoria dwóch lub więcej schizofrenii nie jest teorią nową²⁴⁵.

Z kolei wśród czynników związanych z interakcyjną dynamiką rodziny, na pierwszy plan wysuwa się znaczenie najwcześniejszego okresu rozwoju człowieka (pierwsze lata rozwoju, pokwitanie, dorastanie), jak również różnorodnych dewiacji komunikacji, przekazywanych z pokolenia na pokolenie. Zaburzenia komunikacyjne i braki poznawcze (trudności w nawiązaniu kontaktów, niemożność wyjścia z symbiozy z rodzicami i uzyskania niezależności), z pewnością przyczyniają się w istotny sposób do powstania predyspozycji do schizofrenii.

²⁴⁴ *Ibidem*, s. 29. Powyższe wskazuje, iż *de facto* leczenie farmakologiczne ostrych psychoz sprowadza się do leczenia objawowego, nie przyczynowego. Tak długo, jak działają leki, utrzymują się pewne efekty psychologiczne. Po przerwaniu kuracji powraca stan psychiczny uwarunkowany sytuacją społeczną i psychologiczną.

²⁴⁵ Jak już wcześniej wspomniano, Sullivan opierający się na własnych doświadczeniach psychoterapeutycznych sugerował, iż *schizophrenia simplex*, rozumiana jako zespół kliniczny ograniczony jedynie do objawów negatywnych, jako choroba organiczna nazwana *dementia praecox*, winna być odróżniana od uwarunkowanej psychologicznie zasadniczej (właściwej) schizofrenii. Również Crow wysnuł hipotezę o dwóch typach schizofrenii (typ I z przewagą objawów pozytywnych oraz typ II, w którym dominują objawy negatywne); Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 96-97; D. C. Javitt, J. T. Coyle: *op. cit.*, s. 41.

Theodore Lidz powiedział, „*iz gdyby schizofrenia nie istniała, ktoś musiałby ją wymyślić*”. Wydaje się być rzeczą naturalną, że jednostka doświadczająca wszechogarniającego lęku w kontaktach z innymi ludźmi, izoluje się i rozpoczyna życie w świecie własnych fantazji. Nie jest to oczywiście problem wolnego wyboru, ale proces, który dzieje się pod wpływem wewnętrznego impulsu. Do schizofrenii winno się więc podchodzić w sposób integracyjny; należy brać pod uwagę czynniki biomedyczne, wymiar rozwoju indywidualnego, czynniki nierozłącznie związane z siecią interakcyjną pacjenta, a także sytuację psychospołeczną²⁴⁶.

B. Bez wątpienia schizofrenia powoduje głębokie zmiany w psychice, wnosi do życia psychicznego człowieka poprzednio zdrowego nowe elementy, których w nim nie było (urojenia, omamy), poraża czynniki regulujące życie psychiczne (zaburzenia uczuć, patologiczne zmiany nastrojów), wyłącza wpływ czynników hamowania i kontroli (zaburzenia świadomości, pamięci, brak oceny krytycznej), dezorganizuje życie psychiczne w ten sposób, że chory traci całkowicie możliwość rozumienia znaczenia swoich czynów i równocześnie traci możność kierowania swym postępowaniem²⁴⁷. Psychika ludzka bezsprzecznie stanowi pewną całość funkcjonalną, w odniesieniu do której schizofrenia wnosi elementy patologiczne, a potencjalny konflikt z systemem prawnym np. w formie popełnienia czynu zabronionego wskutek istniejącego systemu urojeniowego, wypływa z zaburzeń psychicznych. Warto podkreślić, iż w wielu przypadkach początek schizofrenii charakteryzuje się stopniowym narastaniem objawów psychotycznych, któremu towarzyszy narastanie stanu lękowego, niezrozumienia otaczającego świata i przeżyć własnych oraz poczucie dziwności i wyobcowania. Nierzadko jednak

²⁴⁶ Te same zalecenia odnoszą się też do leczenia, które w sposób rzetelny łączyć musi podejście psychologiczne i biologiczne. Za najbardziej optymalną formę terapii osób ze schizofrenią, uznać należy połączenie psychoterapii i farmakoterapii. Wydaje się więc, że obydwie metody wykazują synergiczny związek, które wzajemnie zwiększają swoją skuteczność; Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 47; E. Shorter: *op. cit.*, s. 358; H. Katsching: *The Interaction of Psychotherapy and Drugs in the Management Schizophrenia: A Neglected Field: A Review*, [w:] Schizophrenia. Second Edition. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002, s. 230-232; V. Lehtinen: *Need for an Integrated and Need-adapted Approach in Treating Schizophrenia* [w:] Schizophrenia. Second Edition. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002, s. 235-236.

²⁴⁷ W. Łuniewski: *Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna*. Rękopis opracował do druku prof. dr S. Batawia, PZWL, Warszawa 1950, s. 20-21.

schizofrenia może mieć nagły, niespodziewany początek. W konsekwencji może dojść do zdefiniowanego przez Brzezickiego jako *actio praeter expectationem*, pewnego rodzaju wysoku czy też zachowania, daleko wykraczającego poza granice przewidywalności tak dla otoczenia, jak i samego działającego. Może ono przybrać postać autoagresji i działań agresywnych wobec otoczenia. Jeśli taki niespodziewany czyn jest również bezprawny, określany jest w psychiatrii jako *delictum (crimen) initiale*²⁴⁸.

W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu kluczowych pięciu objawów schizofrenii, charakterystycznych dla różnych zespołów schizofrenicznych, tj. objawów pozytywnych, negatywnych, poznawczych, związanych z pobudzeniem oraz lęku i depresji. Omawiając powyższe, pokazano również możliwe przypadki potencjalnego, prawnie uzasadnionego zainteresowania organów ochrony prawnej. W omawianym temacie nadal pozostaje wiele nierozwiązanych problemów, co jest wynikiem m.in. heterogenności schizofrenii oraz wzajemnych powiązań i związków występujących pomiędzy omawianymi obszarami i funkcjami. Objawy poznawcze (urojenia, omamy) bezsprzecznie wpływają na sposób postrzegania schizofrenika, który ulega zdecydowanemu pogorszeniu. Zaburzony, schizofreniczny sposób spostrzegania, wywiera z kolei wyraźnie zakłócający wpływ na sferę motywacyjną, dotyczącą procesów wolicjonalnych i decyzyjnych. Jeśli do tego dodamy jeszcze upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz zaburzenia poznania społecznego, schizofrenia jawi się nam jako choroba powodująca całkowitą zmianę i przewartościowanie każdego aspektu życia chorego.

Schizofrenicznie ukształtowany (w oparciu o mechanizm rozszczepienia) i zmieniony obraz świata, kreuje dla chorego nową rzeczywistość, która jawi się jako niekonwencjonalna, subiektywna, przesycona postaciami i zjawiskami z przeżyć indywidualnych bądź powszechnych, archetypowych mitów i fantazji. Może ona być mocniej nasycona bądź cechami zmysłowymi, bądź też cechami myśłowymi. W zależności od tego, czy patologiczna zmiana dotyczy substancji zmysłowej czy też

²⁴⁸ E. Stransky: *Das Initialdelikt*, Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für Neurologie, 1950, Nr 4, s. 395-413.

pojęciowej, w obrazie psychozy dominują odpowiednio albo omamy albo urojenia. Skala i stopień odchylenia od przyjętej konstrukcji rzeczywistości są niezwykle duże, począwszy od fałszywej oceny i interpretacji (nastawienie urojeniowe, nadwartościowe idee), aż do zupełnego oderwania od rzeczywistości i przeniesienia chorego w świat przypominający sen, przesycony omamami i urojeniami, w którym trudno znaleźć jakikolwiek punkt stychny ze światem rzeczywistym i obiektywnie dostępnym za pomocą zmysłów zdrowego człowieka.

Opisane objawy schizofrenii mogą prowadzić do kolizji z obowiązującym systemem prawnym. Zdaniem wielu autorów, wśród sprawców z motywów psychotycznych, przeważają osoby cierpiące na schizofrenię urojeniową. Powszechnie uważa się, że psychotycy dokonują czynów najczęściej pod wpływem przeżywanych urojeń i omamów w czasie silnej psychozy²⁴⁹. Z uwagi na fakt, iż ostrze systemu urojeniowego jest często skierowane przeciwko otoczeniu, prowadzi to do aktywnego jego wprowadzania w czyn, przejawiającego się w stosowaniu przemocy, aktów obrony, ataku czy też prób spełniania swej urojeniowej misji i roli wyznaczonej przez patologiczny układ urojeniowy. Najbardziej spektakularne i dramatyczne są zabójstwa, najczęściej osób bliskich. Częste są też różnego rodzaju konflikty z otoczeniem, pomówienia, podpalenia, przestępstwa przeciwko mieniu²⁵⁰. Schizofrenia jawi się więc jako choroba o znacznym zróżnicowaniu objawów klinicznych, która może upośledzać wszystkie obszary funkcjonowania człowieka. Zasadnym jest postrzeganie schizofrenii przez pryzmat podstawowych obszarów psychopatologicznych - symptomów pozytywnych, negatywnych, poznawczych, związanych z pobudzeniem oraz lękiem i depresją. Każdy z tych obszarów prowadzi do upośledzenia funkcjonowania społeczno-zawodowego.

W schizofrenii człowiek staje się więc w całości zupełnie inną osobowością, zaś świat schizofreniczny, przesycony pierwiastkami dziwności i niezrozumiałości, jest rażąco odmienny od obiektywnej rzeczywistości i rządzi się wedle odmiennych, patologicznych praw, powodujących urojeniową interpretację otaczającego świata.

²⁴⁹ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 76-77.

²⁵⁰ J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 108.

Schizofrenia podporządkowuje całość aktywności psychicznej, eliminując chorego z udziału i funkcjonowania w realnym życiu. Zamykając przeżycia i aktywność w kręgu choroby, może wyłączać świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli, jak również niemożność rozpoznania znaczenia dokonywanych czynów lub kierowania swoim postępowaniem, co szerzej opisane zostanie w kolejnym rozdziale.

Rozdział II.

Schizofrenia jako choroba psychiczna i znaczenie tego stanu w stosowaniu prawa

1. KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.

Prawny kontekst rozumienia schizofrenii składa się zarówno z zagadnienia opiniowania sądowo-psychiatrycznego, jak i kolizji osoby cierpiącej na schizofrenię z systemem prawnym, który nie będąc przedmiotem opiniowania, określa ustawową podmiotowość schizofrenika. Istnieje niezwykle płynna, trudna do zdefiniowania i zobiektywizowania granica pomiędzy odpowiedzialnością prawną osoby chorej psychicznie, a jej ograniczeniem bądź brakiem. Schizofrenia niejednokrotnie może uwolnić sprawcę do winy; zdarzają się również czyny, co do których nie ma pewności, czy choroba ta rzeczywiście na tyle wpłynęła na sprawcę, że nie wiedział co czyni. Zadanie biegłego wydającego opinię sądowo-psychiatryczną jest trudne; z jednej bowiem strony poszukuje w chorobie psychicznej czynnika zwalniającego od odpowiedzialności chorego, z drugiej zaś dąży do zagwarantowania mu równości w przedmiocie praw i obowiązków. W praktyce często się zdarza, że psychoza, z uwagi na swoją dynamikę i zmienność, powoduje duże wątpliwości u biegłych, przejawiające się w trudnościach w przedstawieniu precyzyjnego i jednoznacznego stanowiska sądowi, opierającemu się na wydawanych opiniach biegłych.

Schizofrenia jest najczęściej diagnozowaną chorobą psychiczną, zaś sam obraz kliniczny i przebieg psychozy w sposób zdecydowany zmienia relacje społeczne, a co za tym idzie będzie powiązany z regulacjami prawnymi, dokonującymi rozróżnienia stanu zdrowia od choroby. Naruszenie prawa w przypadku osób ze schizofrenią przybiera najczęściej formę agresji werbalnej, niszczenia przedmiotów i ciężkich uszkodzeń ciała w następstwie pobicia, jak również zabójstw²⁵¹. Odsetek zabójstw dokonanych przez sprawców z rozpoznaniem schizofrenii wynosi od 5 do 8%, przy średniej wieku 38,5 lat. Do głównych motywów popełnienia tego czynu u chorych ze schizofrenią zaliczyć należy: przedłużający się konflikt, silne i skrajne napięcie emocjonalne, patoplastyczne, chorobowe podłoże do rozwijania się agresji,

²⁵¹ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Wydawnictwo C. H. BECK, Warszawa 2013, s. 76-77.

nienawiści i nastawień ambiwalentnych²⁵². Pomimo to, wskaźnik zabójstw w populacji osób ze schizofrenią jest tylko nieznacznie wyższy niż w populacji ogólnej²⁵³, aczkolwiek dane są niespójne i występują w nich spore różnice (m.in. z powodu trudności w definiowaniu przemocy)²⁵⁴. Natomiast ryzyko samobójstwa, jak już wspomniano w rozdziale I, jest rzeczywiście nieco zwiększone w porównaniu z ogółem populacji²⁵⁵. W polskim ustawodawstwie zawartych jest wiele regulacji prawnych poświęconych chorym psychicznie, które usprawiedliwiają pewne postępowania i zachowania chorych. Problemem opiniodawczym jest bez wątpienia również stan świadomości chorych ze schizofrenią. Obok „wyidealizowanego” przykładu, że dany czyn został spowodowany przyczynami wynikającymi z psychozy, należy brać pod uwagę również przypadki, gdy wina leży po stronie osoby chorej, która nauczyła się wykorzystywać chorobę jako usprawiedliwienie dla swoich czynów, aby uniknąć odpowiedzialności.

W świetle powyższego, w dalszych rozważaniach należy się przyjrzeć znaczeniu choroby psychicznej w kontekście przepisów prawa.

2. PRAWO CYWILNE²⁵⁶.

Prawo polskie należy do grupy systemów, które stan wyłączający świadomość lub swobodę traktują jako wadę oświadczenia woli. Już Kodeks zobowiązań²⁵⁷ w art.

²⁵² J. Heitzman: *Schizofrenia na wadze Temidy. Prawo i choroba psychiczna*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006, s. 100.

²⁵³ Y. O. Alanen: *op. cit.*, s. 36. M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik i W. Wolter stoją na stanowisku, iż naruszenia prawa w przypadku schizofrenii ma miejsce rzadziej niż w ogólnej populacji; M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter: *op. cit.*, s. 315.

²⁵⁴ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński: *op. cit.*, s. 163.

²⁵⁵ K. Hawton, L. Sutton, C. Haw, J. Sinclair and J. J. Deeks: *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*, British Journal Of Psychiatry (2005), 187, 9-20, s. 17-19.

²⁵⁶ W niniejszym podrozdziale omówiono jedynie przesłanki ważności oświadczeń woli i ważności testamentu, a ze spraw małżeńskich zezwolenie na zawarcie małżeństwa i jego ustanie. Zważyć jednak należy, iż na gruncie prawa cywilnego badanie stanu psychicznego będzie również konieczne dla wydania opinii w celu ustalenia: potrzeby ubezwłasnowolnienia (art. 13 k.c. w związku z art. 553 k.p.c.), wpływu choroby psychicznej na zdolność wykonywania władzy rodzicielskiej (art. 109 - 111 k.r.o.), stanu wyłączającego świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli, które znosi odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę (art. 425, 427, 428 k.c.), doznanych szkód na zdrowiu i krzywd w sprawach o odszkodowanie (art. 444 i 445 § 2 k.c.)

²⁵⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. (Dz. U. Nr 82, poz. 598).

31²⁵⁸ uznawał złożenie oświadczenia woli w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, za wady oświadczenia woli. Identyczna regulacja znalazła się w art. 69 Przepisów ogólnych prawa cywilnego²⁵⁹, jak również w obecnie obowiązującym Kodeksie cywilnym.

Zgodnie z przepisem art. 82 Kodeksu cywilnego²⁶⁰, nieważne jest oświadczenie złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby przemijającego zaburzenia czynności psychicznych²⁶¹.

Regulacja art. 82 k.c. nie przesądza „na wprost”, iż choroba psychiczna bądź inne zaburzenie czynności psychicznych, powoduje brak zdolności do czynności prawnych lub wadę oświadczenia woli. Uznać więc należy, iż każdej osobie posiadającej zdolność do czynności prawnych nieograniczoną środkami natury prawnej, przysługuje zdolność do dokonywania czynności prawnych, przy czym aby czynność prawna była skuteczna, musi być podjęta świadomie i swobodnie. Z wadą oświadczenia woli mamy do czynienia wówczas, gdy złożenie oświadczenia woli nastąpiło w stanie wyłączającym świadomość lub swobodę. Co ważne, ustawodawca posłużył się w tym przypadku spójnikiem „lub” wskazującym na alternatywę, a nie na koniunkcję. Stąd też każdy z tych stanów może występować samodzielnie i w ten sam sposób stanowić samodzielną wadę oświadczenia woli. Oczywiście nie wyklucza to możliwości jednoczesnego zaistnienia ww. stanów, jak to ma miejsce przykładowo w czasie hipnozy, gdy zachowanie osoby poddanej hipnozie jest sterowane przez osobę, która wprowadziła ją w ten stan. Na marginesie warto

²⁵⁸ Art. 31 Kodeksu zobowiązań „Nieważne jest oświadczenie woli, złożone przez osobę, znajdującą się w stanie nieprzytomności lub chociażby przemijającego zakłócenia czynności psychicznej wyłączającego”.

²⁵⁹ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. (Dz. U. Nr 34, poz. 311 z późn. zmianami).

²⁶⁰ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zmianami).

²⁶¹ Omawiany przepis jest zamieszczony w Kodeksie cywilnym w Dziale IV pod tytułem „Wady oświadczenia woli”. W dziale tym wyróżniono również inne wady oświadczeń woli, tj. pozorność (art. 83 k.c.), błąd (art. 84, 85 i 88 k.c.), podstęp (art. 86 k.c.) i groźbę (art. 87 i 88 k.c.). Termin „wada oświadczenia woli” stanowi zatem zbiorczą nazwę dla oznaczenia stanów faktycznych, uzasadniających pozbawienie oświadczenia woli skuteczności prawnej, bądź przez samego ustawodawcę, bądź przez autora oświadczenia woli. Powyższe może nastąpić tylko przy istnieniu przesłanek ukształtowanych przez normę prawną, po dokładnym rozważeniu interesów stron; *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I*, (red.) Pietrzykowski K., Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 244.

wspomnieć, iż ten, kto ma wyłączoną świadomość, tym samym ma wyłączoną swobodę działania²⁶². Z treści analizowanego przepisu wynika, iż decydujące znaczenie ma **skutek**, a nie przyczyny wyłączenia świadomości lub swobody. Co prawda ustawodawca zdecydował się na przykładowe wyliczenie stanów zaburzenia czynności psychicznych (choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy lub inne, chociażby przemijające zakłócenie czynności psychicznych), niemniej formalnie decyduje stan opisany w art. 82 k.c., a nie przyczyna bądź przyczyny go wywołujące²⁶³. Owe inne zakłócenia czynności psychicznych mogą być wywołane w szczególności alkoholizmem, narkomanią, wysoką gorączką, hipnozą, obłązną chorobą, uwiązaniem starczym i agonią²⁶⁴.

Wynika z powyższego, iż stany opisane w art. 82 k.c. mogą być następstwem przyczyn o charakterze *stricte* patologicznym (choroby psychiczne, zaburzenia psychiczne, ostre psychozy, głębokie upośledzenie umysłowe - „niedorozwój”, otępienia, stany depresyjne, a ponadto przemijające stany krótkotrwałych zaburzeń psychicznych: zaburzenia świadomości pochodzenia infekcyjnego, intoksykacyjnego²⁶⁵), jak i nie noszące znamion patologicznych. Jednakże, jak już wcześniej wskazano, przyczyny mają charakter drugorzędny. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 07 lutego 2006 r.²⁶⁶, stan wyłączający świadomość musi wynikać z przyczyny wewnętrznej, a więc ze stanu, w jakim znajduje się osoba składająca oświadczenie woli, a nie z okoliczności zewnętrznych, w jakich osoba się

²⁶² D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 122; E. Skupień, M. Kowanetz: *Psychiatryczno-psychologiczne opiniowanie w sprawach o unieważnienie oświadczenia woli ze szczególnym uwzględnieniem oceny swobody*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2008, tom LVIII, Nr 37-42, s. 40. Zdarza się jednak, że w przebiegu niektórych chorób i zaburzeń psychicznych, a także w niektórych stanach i chorobach somatycznych, może być zachowana zdolność do świadomego wyrażania woli, przy braku takiej zdolności w sferze swobody. Wskazuje się tu m.in. ciężkie choroby somatyczne mogące prowadzić do znacznej astenizacji organizmu i niemożności (przy zachowaniu świadomości) wyrażenia swojej woli w sposób zgodny z własnym przekonaniem i opinią. Również niektóre choroby czy zaburzenia psychiczne przebiegające z adynamią, objawami głębokiej depresji, nasilonym lękiem, apatią, izolacją mogą - nie wyłączając świadomości - zahamować swobodę podejmowania i wyrażania procesów wolicjonalnych na każdym etapie; J. Kocur, W. Trendak: *Psychiatryczno-sądowe kryteria ...*, s. 139.

²⁶³ J. Wierciński: *Brak świadomości albo swobody przy sporządzaniu testamentu*, LexisNexis, Warszawa 2013, s. 93.

²⁶⁴ *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I, op. cit.*, s. 246.

²⁶⁵ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 100-101.

²⁶⁶ IV CSK 7/05, LEX nr 180191.

znalazła. Dodatkowo z tezie numer 1 przedmiotowego wyroku zwrócono uwagę na fakt, iż granica między stanem wyłączającym świadome powzięcie decyzji a stanem wyłączającym swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli, jest bardzo płynna. Powzięcie decyzji i wyrażenie woli jest swobodne, gdy zarówno proces decyzyjny, jak i uzewnętrznienie woli nie zostały zakłócone przez destrukcyjne czynniki wynikające z właściwości psychiki czy procesu myślowego osoby składającej oświadczenie woli. Z kolei w tezie numer 2 Sąd Najwyższy zaznaczył, iż *„stan wyłączający świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli nie może być rozumiany dosłownie, wobec czego nie musi oznaczać całkowitego zniesienia świadomości i ustania czynności mózgu”*.

Orzecznictwo i doktryna zgodnie podkreślają, iż zwrot *„stan wyłączający świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli”* nie musi oznaczać całkowitego zaniku świadomości i ustania funkcji mózgu; wystarczy bowiem istnienie takiego stanu, który ogranicza daną osobę do tego stopnia, iż czyni ją zupełnie bezwolną²⁶⁷. Brak świadomości charakteryzuje się brakiem rozeznania, niemożnością zrozumienia posunięć własnych lub też innych osób, niezdawaniem sobie sprawy ze znaczenia i skutków własnego postępowania²⁶⁸.

Warto przytoczyć w tym miejscu stanowisko Sądu Najwyższego, przyjęte w wyroku z dnia 11 grudnia 1979 r.²⁶⁹, zwracające uwagę na dwa momenty: przewidywanie i wolę: *„Stosunek psychiczny do podejmowanego zachowania się i jego skutków opiera się na dwóch momentach: przewidywania i woli. Oba te momenty zakładają istnienie nieupośledzonego działania funkcji psychicznych, pozwalającego na właściwe rozeznanie znaczenia i skutków swego zachowania się oraz pokierowania swym postępowaniem. Okoliczność, że w okresie remisji poszkodowany cierpiący na schizofrenię paranoidalną zdawał sobie sprawę z tego, że w czasie przyjmowania leków neuroleptycznych nie wolno mu pić alkoholu, nie wyłącza stanowiska, że upośledzenie w działaniu funkcji*

²⁶⁷ Wyrok SN z dnia 02.09.1948 r., Po. C. 188/48, PN 1948/11-12/356.

²⁶⁸ Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I, op. cit., s. 246; wyrok SN z dnia 07.02.2006 r., IV CSK 7/05, LEX nr 180191.

²⁶⁹ II CR 448/79, OSPiKA 1981/3/45.

psychicznych nie pozwoliło mu na właściwe rozeznanie znaczenia i skutków wypicia alkoholu (przewidywanie), a zwłaszcza – na pokierowanie swym postępowaniem (wola)”.

Czynność prawna dokonana w stanie wyłączającym świadome albo swobodne podjęcie decyzji lub wyrażenie woli jest **bezwzględnie nieważna**, przy czym na nieważność powoływać się może każda osoba posiadająca w tym interes prawny. Z uwagi na tak daleko idące skutki, doniosłą rolę odgrywa prawidłowa kwalifikacja stanu danej osoby w chwili wyrażania oświadczenia woli. W tym momencie należy jedynie zaznaczyć, iż ustalenie istnienia zaburzenia psychicznego będzie prawnie relewantne tylko wtedy, gdy jest ono przyczyną braku świadomości przy sporządzaniu testamentu²⁷⁰. Fakt korzystania przez osobę składającą oświadczenie woli w dniu zawarcia umowy ze zwolnienia lekarskiego nie jest dowodem wystarczającym istnienia powyższych zaburzeń²⁷¹. Wyłączenie świadomości albo swobody ma miejsce w szczególności w przypadku choroby psychicznej. Niezbędnie konieczne jest więc podjęcie czynności zmierzających do ustalenia, czy osoba podejmująca decyzję i wyrażająca swoją wolę, była w tym momencie chora psychicznie. Powyższe nabiera szczególnego znaczenia w przypadku, gdy osoba oświadczająca swoją wolę nigdy wcześniej nie chorowała psychicznie, a w momencie poddania takiej osoby właściwemu badaniu lekarskiemu nie zdradza ona żadnych objawów chorobowych. Zwrócić należy jeszcze uwagę na problematykę remisji. Możliwe są bowiem sytuacje, w których osoba chora znajduje się w okresie częściowej lub nawet pełnej remisji objawów, a jej zachowanie oraz działania nie wykazują zależności od zakłócającego wpływu czynników patologicznych. Jeśli są wystarczające dowody na wystąpienie takiej sytuacji, to podjęte przez daną osobę czynności prawne, podlegające ocenie w kontekście zdolności do świadomego albo swobodnego wyrażenia woli, winny być uznane za ważne²⁷².

Koniecznym wydaje się także dodatkowe przedstawienie w sposób zwięzły problematyki pojawiającej się przy opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym osób

²⁷⁰ J. Wierciński: *op. cit.*, s. 94.

²⁷¹ Wyrok SN z dnia 04.04.1985 r., II CZ 41/85, LEX nr 8704.

²⁷² J. Kocur, W. Trendak: *Psychiatryczno-sądowe kryteria...*, s. 139.

z chorobą psychiczną, w przedmiocie ustalenia zdolności do świadomego albo swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli (art. 82 k.c.). Jest rzeczą oczywistą, iż procesy psychiczne towarzyszące takim działaniom, jak świadome albo swobodne oświadczenie woli i powzięcie decyzji, są jednymi z trudniejszych do identyfikacji, weryfikacji i obiektywnej oceny. W praktyce biegli sądowi z zakresu psychiatrii i psychologii spotykają się z przedmiotowym problemem przy sporządzaniu opinii w zakresie tzw. psychicznej niezdolności (wadliwości) oświadczenia woli, a więc regulacji wcześniej opisanego przepisu art. 82 k.c.²⁷³ Najczęściej chodzi o zawieranie różnego rodzaju umów (darowizny, dzierżawy, kupna-sprzedaży), sporządzanie testamentów, czy w końcu zawarcie małżeństwa, o których będzie mowa dalej.

Złożenie oświadczenia woli (uzewnętrznienie) jest podstawą wszelkich działań prawnych. Zadaniem biegłego psychiatry przy opiniowaniu zdolności danej osoby do złożenia skutecznego oświadczenia woli jest ustalenie: czy osoba oświadczająca wolę należycie rozumiała jaką czynność wykonała i jakie będą jej skutki, czy była to swobodna decyzja, motywacji takiej osoby, czy z punktu widzenia interesu opiniowanej osoby czynność ta była celowa i korzystna. Biegły winien więc również dokonać oceny, w jakim stopniu błędy decyzyjne mogą być uwarunkowane ewentualnymi zaburzeniami osobowości, a w jakim stopniu wynikają z czynników sytuacyjnych²⁷⁴.

Zatem do rozstrzygnięcia ważności oświadczenia woli (art. 82 k.c.), niezbędne jest dokonanie analizy dwóch przesłanek: **stanu psychicznego osoby składającej oświadczenie woli oraz motywacji podjętej decyzji**. Przy **ocenie stanu psychicznego badanego w chwili składania oświadczenia woli**, okolicznością ułatwiającą wydanie opinii jest możliwość odniesienia zebranych w toku czynności informacji do aktualnego stanu psychicznego. Do jego określenia niezbędne będzie (obok osobistego badania składającego oświadczenie woli) przeprowadzenie wywiadu z osobami z otoczenia (w przedmiocie funkcjonowania badanego w życiu rodzinnym i zawodowym, zainteresowań) oraz obecnych w czasie składania

²⁷³ *Ibidem*, s. 136.

²⁷⁴ E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 40.

oświadczenia woli (w przedmiocie jego zachowania, okoliczności i warunków panujących przed i po dokonaniu aktu oświadczenia woli). Konieczne będzie również zapoznanie się z danymi zawartymi w dokumentacji lekarskiej (w szczególności dotyczącej okresów bliskich dacie oświadczenia woli) oraz badania ambulatoryjnego. Oczywiście jest, iż biegły musi ocenić stan psychiczny w czasie składania oświadczenia woli, a nie w czasie przeprowadzanego badania²⁷⁵. Jak opisano w rozdziale I niniejszej rozprawy, schizofrenia powoduje głęboko destrukcyjny wpływ na osobowość chorego, zaś objawy schizofrenii (w szczególności pozytywne) podporządkowują całość aktywności psychicznej, powodując w konsekwencji eliminację udziału chorego w realnym życiu, a tym samym wyłączenie świadomego albo swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli²⁷⁶.

Co warte podkreślenia, choroba psychiczna nie w każdym przypadku powoduje zupełne zaburzenie czynności poznawczych. Mogą się one bowiem utrzymywać w stopniu wystarczającym dla świadomego podjęcia konkretnej decyzji o określonym stopniu trudności, podobnie jak i zachowane mogą być adekwatne emocje w odniesieniu do najbliższego otoczenia i powszechnych, codziennych czynności i zadań. Jeżeli więc biegły uzna, iż marginesy nieuszkodzonej chorobowo psychiki w chwili składania oświadczenia woli były dostatecznie szerokie, to stwierdzone zaburzenia psychiczne nie mogą być wyłączną przesłanką stwierdzenia nieważności oświadczenia woli²⁷⁷.

²⁷⁵ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 100; E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 40. Stan psychiczny badanego może być w czasie obydwu tych czynności diametralnie różny; zarówno lepszy w czasie badania, gdy oświadczenie woli miało miejsce w czasie trwania przemijających zaburzeń psychicznych, jak i gorszy, w przypadku postępujących zaburzeń psychicznych, słabo jeszcze wyrażonych w czasie składania oświadczenia woli; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II. Opiniowanie w postępowaniu cywilnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Wydawnictwo Tumult, Toruń 2007, s. 65.

²⁷⁶ Warto dodać, iż z punktu widzenia biegłego psychiatry, podstawę do oceny wyłączenia świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, stanowią ostre psychozy, głębokie upośledzenie umysłowe (niedorozwój) bądź otępienie umysłowe, stany przemijających krótkotrwałych zaburzeń psychicznych jak: ilościowe lub jakościowe zaburzenia świadomości pochodzenia infekcyjnego, intoksykacyjnego, autointoksykacyjnego (w przebiegu chorób cielesnych); D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 100-101.

²⁷⁷ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 66-67.

Drugą z przesłanek podlegającą badaniu przez biegłych jest **motywacja składanego oświadczenia woli**, której analiza zmierza do ustalenia przyczyn i rzeczywistej treści oświadczenia oraz decyzji. Powyższe nastąpić musi przy uwzględnieniu takich czynników, jak somatyczny stan zdrowia lub inne, ciężkie warunki skłaniające do rezygnacji z dotychczasowych poczynąń, sytuacja finansowa, stosunki rodzinne i wpływ związków emocjonalnych. Nadto należy wziąć pod uwagę, w jakim stopniu dane oświadczenie jest korzystne dla oświadczającego, w jakim stopniu rozwiązuje jego trudności i czy jest właściwym rozwiązaniem aktualnej sytuacji, zgodnie z ogólnymi zasadami i obyczajami środowiska²⁷⁸. Co do zasady, motywy mogą być racjonalne (możliwe przy sprawnym funkcjonowaniu intelektu), bądź też emocjonalne, które nie muszą mieć związku z czynnikami racjonalnymi. Nie można wykluczyć sytuacji, gdy motywy złożonego oświadczenia woli są natury emocjonalnej, które nie wykazują korelacji z racjonalnym interesem osoby składającej oświadczenie, niemniej psychologicznie zrozumiałe. Przyczyna wyłączająca ważność złożonego oświadczenia woli musi dotyczyć osoby składającej takie oświadczenie, a nie sytuacji zewnętrznej, oczywiście z uwzględnieniem pierwszej przesłanki - stanu psychicznego, który pozwala tejże osobie na prawidłową ocenę i rozeznanie sytuacji oraz zorganizowane, celowe działanie. Jeśli więc biegły w toku czynności związanych ze sporządzaniem opinii znajdzie dowody wskazujące na fakt, iż określona decyzja skutkująca złożeniem oświadczenia została powzięta pod wpływem wyraźnych zaburzeń psychotycznych (urojeń, omamów) bądź też głębokich zmian otępiennych, biegły winien stwierdzić, iż stan ten wyłączał świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli²⁷⁹.

Warto zasygnalizować jeszcze jeden istotny problem, a mianowicie potencjalną możliwość ustalenia nieważności oświadczenia woli na podstawie art. 82 k.c. już po śmierci strony, która złożyła takie oświadczenie. W tym przypadku powstają dwojakiego rodzaju problemy: osoba taka nie żyje, zaś do ustalenia przez biegłego przesłanek występujących w art. 82 k.c., wymagane jest posiadanie

²⁷⁸ *Ibidem*, s. 67.

²⁷⁹ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 102.

odpowiedniego materiału dowodowego, niezbędnego do ustalenia faktu występowania wadliwości oświadczenia woli w momencie jego składania²⁸⁰. Jeżeli więc zlecono wydanie opinii po śmierci osoby składającej oświadczenie woli, będzie ona bardzo zbliżona do opinii wydawanych w sprawach testamentowych. Analizując zebrany materiał biegły winien się również zainteresować stosunkami rodzinnymi oraz tym, kto i dlaczego kwestionuje oświadczenie woli²⁸¹.

2.1. PRAWO SPADKOWE.

W polskim systemie prawnym wyróżniamy dwa tytuły powołania do dziedziczenia: testamentowe i ustawowe. Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, dalsze rozważania poświęcone będą testamentowi i dziedziczeniu testamentowemu.

Jedną z fundamentalnych zasad prawa spadkowego jest zasada **swobody testowania**, przez którą rozumieć należy możliwość zadysponowania przez osobę fizyczną w drodze czynności prawnej swoim majątkiem na wypadek śmierci. Wolność testowania nie jest jednak całkowita. W polskim prawie cywilnym doznaje ona dosyć istotnych ograniczeń, których przejawem są przepisy o zachowku oraz o skutkach braku wymaganego stopnia świadomości spadkodawcy²⁸².

Pojęcie „testamentu” występuje w dwóch znaczeniach: jako dokumentu zawierającego oświadczenie woli testatora oraz jako czynności prawnej posiadającej określone cechy. Zgodnie z art. 941 k.c., testament stanowi jedyną czynność prawną, w której osoba fizyczna może rozrzucić swoim majątkiem na wypadek śmierci. Nie

²⁸⁰ Wyrok SN z dnia 27.04.1979 r., III CRN 56/79, OSNC 1979/12/244. W sprawie tej przedmiotem postępowania było uznanie, iż umowa darowizny była nieważna, z uwagi na fakt, iż darczyńca w chwili składania oświadczenia woli znajdował się, z powodu zaburzeń psychicznych w postaci otępienia miażdżycowego, w stanie wyłączającym świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli. Sąd Najwyższy uznał, iż wystarczającym do ustalenia stanu wyłączającego świadome powzięcie decyzji (art. 82 k.c.) jest materiał dowodowy w postaci zeznań szeregu świadków, obszerny materiał lekarski w postaci dokumentacji lekarskiej oraz opinia Instytutu Psychoneurologicznego, które wskazywały na odbiegające od normy w okresie sporządzania umowy zachowanie się darczyńcy.

²⁸¹ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 100.

²⁸² J. Wierciński: *op. cit.*, s. 81-82.

jest więc dopuszczalne ani zawarcie umowy dziedziczenia, ani także dokonanie darowizny na wypadek śmierci²⁸³.

Doniosłą kwestią jest problematyka przesłanek ważności testamentu, do których należą:

- zdolność testowania,
- forma testamentu,
- wady oświadczenia woli,
- treść testamentu.

Zdolność testowania rozumiana jest jako możliwość sporządzenia przez daną osobę ważnego testamentu, przy czym chwilą miarodajną dla oceny ważności testamentu jest moment sporządzania testamentu (bądź też jego odwołania). Zgodnie z regulacją przepisu art. 944 § 1 k.c., zdolność testowania posiadają osoby mające pełną zdolność do czynności prawnych²⁸⁴.

W odniesieniu do kolejnej przesłanki ważności testamentu, tj. **formy testamentu**, zaakcentować należy, iż prawo spadkowe przewiduje konieczność sporządzenia testamentu w ściśle określonej formie, której niezachowanie prowadzi do nieważności testamentu (art. 958 k.c.). Zatem forma testamentu jest formą *ad solemnitatem*. Zastosowanie sankcji nieważności w przypadku naruszenia formy testamentu wynika z faktu, iż testament rodzi doniosłe skutki w sferze praw majątkowych. Niezbędne jest zagwarantowanie pewności, że testament sporządzony został z wolą wywołania określonych skutków prawnych oraz pochodzi od spadkodawcy, ewentualnie jaka jest wzajemna relacja kilku testamentów pozostawionych przez testatora²⁸⁵. Z drugiej zaś strony, wielość form testamentu przewidziana w ustawie ma ułatwić spadkodawcy sporządzenie niewadliwego testamentu²⁸⁶. Prawo spadkowe dopuszcza kilka form testamentu, przy czym

²⁸³ L. Kaltenbek-Skarbek, W. Żurek: *Prawo spadkowe*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, str. 37.

²⁸⁴ Oznacza to, iż nie posiadają zdolności do testowania osoby małoletnie, choćby ukończyły 13 lat, osoby ubezwłasnowolnione - zarówno całkowicie, jak i częściowo, a także osoby, dla których ustanowiono doradcę tymczasowego. Zgodnie z przepisem art. 549 § 1 k.p.c., osobie, dla której ustanowiony został doradca tymczasowy, ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych.

²⁸⁵ L. Kaltenbek-Skarbek, W. Żurek: *op. cit.*, str. 41.

²⁸⁶ E. Skowrońska: *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga czwarta. Spadki*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1995, str. 79.

niektóre z nich mogą być stosowane w ściśle określonych okolicznościach faktycznych. W związku z powyższym wyróżnia się testamenty zwykłe i szczególne. Do testamentów zwykłych zalicza się testament własnoręczny (holograficzny), testament notarialny oraz testament allograficzny. Z kolei do testamentów szczególnych należą testament ustny, testament podróżny i testament wojskowy.

Kierując się tematyką rozprawy, dalsze wywody będą w głównej mierze poświęcone testamentowi własnoręcznemu, który dodatkowo jest podatny na utratę prawdziwości na skutek możliwości stosowania wobec niego przestępstw. Innymi słowy, testament holograficzny należy do dokumentów o zagrożonej autentyczności²⁸⁷. W praktyce często mamy do czynienia z występowaniem sytuacji niezadowolenia z woli testatora zamieszczonej w treści pozostawionego testamentu, jak również z reguł dziedziczenia ustawowego określonych w art. 931-940 k.c. Jeśli do możliwości wystąpienia wad oświadczeń woli w testamencie własnoręcznym doda się ryzyko dokonania aktów jego fałszerstwa, przybierających formę podrobienia lub przerobienia, to pokazuje to wagę i skalę problemu. Zważyć bowiem należy, iż testament, który nie spełnia przesłanek ważności, występuje w powszechnym obrocie jako ważny i autentyczny, wywołujący określone skutki prawne, dopóki jego ważność nie zostanie zakwestionowana.

Przechodząc do omówienia testamentu własnoręcznego, należy w pierwszej kolejności stwierdzić, iż jest to najprostsza forma testamentu. Do jego sporządzenia nie jest potrzebna obecność osób urzędowych bądź też osób trzecich, zaś sam fakt sporządzenia oraz jego treść mogą być przez testatora zachowane w tajemnicy²⁸⁸. Do jedynych wymagań formalnych wymaganych przez ustawę, zgodnie z przepisem art. 949 § 1 k.c., należą jego własnoręczne napisanie w całości pismem ręcznym oraz złożenie podpisu²⁸⁹ wraz z opatrzeniem go datą. Niemniej brak opatrzenia datą

²⁸⁷ *Ibidem*, s. 87. Każdy bowiem dokument, który znajdzie się w obiegu prawnym, narażony jest na mniejsze bądź większe ryzyko fałszerstwa; fałszerstwo tego rodzaju dokumentu jest w znacznej mierze uzależnione tak ilościowo, jak i jakościowo, od jego formy prawnej; A. Feluś: *Testamenty. Popularno-naukowe studium kryminalistyczne*, Wydawnictwo Volumen, Katowice 1996, s. 9.

²⁸⁸ L. Kaltenbek-Skarbek, W. Żurek: *op. cit.*, s. 42.

²⁸⁹ Podpis pod testamentem odgrywa potrójną rolę: ułatwia stwierdzenie, iż sporządzony dokument jest już ukończony, dowodzi, iż testator miał wolę i świadomość testowania, jak również dowodzi, iż testament pochodzi od danej osoby. Ustawa nie określa składników podpisu. Dopuszcza się, aby

sporządzonego dokumentu, w pewnych sytuacjach, zgodnie z art. 949 § 2 k.c., może pozostawać bez wpływu na ważność sporządzonych rozrządzeń²⁹⁰. Powyższe implikuje tezę, iż forma testamentu własnoręcznego jest dostępna dla osób umiejących pisać i czytać. Wymóg spisania testamentu w **całości** przez testatora pismem ręcznym ma charakter *ad solemnitatem*, podobnie jak i inne wymagania formalne. Bez wątpienia wymóg ten w pozytywny sposób wpływa na kwestię jego autentyczności i ma na celu ochronę testamentu przed fałszerstwem²⁹¹. Sfałszowanie całego dokumentu jest znacznie trudniejsze niż sfałszowanie jedynie samego podpisu. Bezwzględnie wyłączona jest możliwość napisania, nawet częściowo, testamentu za pomocą urządzeń odwzorowujących pismo w sposób mechaniczny

podpis ograniczał się jedynie do nazwiska, bądź też jednego członu nazwiska dwuczłonowego. Podpis musi być nakreślony pismem ręcznym, nie może być więc napisany na maszynie, wydrukowany na drukarce, odbity przy pomocy np. faksymile. Co ważne, nie stanowią podpisu ani same inicjały, ani parafrasa. Kontrowersje budzi podpis składający się jedynie z imienia lub określenia stosunku pokrewieństwa, np. „Twój mąż”. Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 23.04.1960 r., 3 CO 8/60 (OSN 1961/1/27) dopuścił możliwość podpisania testamentu zawartego w liście tylko imieniem spadkodawcy, jeśli stosunek osobisty spadkodawcy i adresata uzasadnia tego rodzaju podpis. Także w uchwale z dnia 28.04.1973, III CZP 78/72 (OSNCP 1973/12/1270) Sąd Najwyższy przyjął, iż ważny jest testament własnoręczny (art. 949 k.c.) zawarty w liście skierowanym do spadkobiercy, podpisany w sposób określający jedynie stosunek rodzinny spadkodawcy do spadkobiercy, jeżeli okoliczności nie nasuwają wątpliwości co do powagi i zamiaru dokonania rozrządzenia. Ustawa nie określa również miejsca, w którym podpis winien być umieszczony. Sąd Najwyższy w uchwale z 05.06.1992 r., III CZP 41/92, OSNC 1992/9/147, wskazał, iż podpis spadkodawcy w testamencie własnoręcznym powinien być pod rygorem nieważności złożony pod pismem zawierającym rozrządzenia na wypadek śmierci. W razie zamieszczenia podpisu w innym miejscu, testament jest ważny jedynie wówczas, gdy związek podpisu z treścią rozrządzenia jest oczywisty. Szczegółowo funkcje, poglądy doktryny i orzecznictwa na temat podpisu w testamencie, przedstawione są w monografii A. K. Bielińskiego: *Charakter podpisu w polskim prawie cywilnym materialnym i procesowym*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 59-73.

²⁹⁰ Umieszczenie daty służy dwóm celom: ustaleniu, czy testator w chwili sporządzenia testamentu miał zdolność testowania, jak również ustaleniu kolejności następujących po sobie testamentów, w przypadku sporządzenia kilku dokumentów. Ustawa nie określa elementów składowych daty. Tym samym podanie dnia, miesiąca i roku jest oczywiście najbardziej precyzyjnym sposobem, niemniej data może być również podana w sposób opisowy, np. „w moje siedemdziesiąte urodziny”, czy też zawierać może jedynie miesiąc bądź porę roku i rok, np. „wiosna 2007 r.” lub „kwiecień 2009”. Co do zasady, brak daty lub data nieprawdziwa pociąga za sobą nieważność. Wyjątek określony w przytoczonym art. 949 § 2 k.c. przewiduje, iż brak daty nie wpływa na ważność testamentu, jeżeli nie wywołuje wątpliwości co do treści testamentu lub wzajemnego stosunku kilku testamentów. Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 30.09.1971 r., III CZP 56/71, OSNCP 1972/3/47, dopuścił możliwość ustalenia daty sporządzenia testamentu przy użyciu wszystkich możliwych dowodów. Podobnie w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 02.10.1992 r., III CZP 90/92, OSNCP 1993/1-2/4, potwierdzono, iż „brak daty na testamencie własnoręcznym pociąga za sobą jego nieważność tylko wtedy, gdy postępowanie sądowe nie doprowadzi do usunięcia wątpliwości, o których mowa w art. 949 § 2 k.c. Przy ich wyjaśnianiu sąd bierze pod uwagę także dowody wskazujące datę sporządzenia testamentu”.

²⁹¹ A. Feluś: *Testamenty*..., s. 10.

(np. wydruk za pomocą drukarki), jak również za pomocą osób trzecich (tzw. „obca ręka”). Ma to na celu wykazanie cech indywidualnych testatora, umożliwiających jego identyfikację²⁹².

Przechodząc do omówienia kolejnej przesłanki ważności testamentu, tj. **wad oświadczenia woli**, należy zaznaczyć, iż testator dokonujący czynności *mortis causa* musi działać *cum animo testandi*. Wola testowania (*animus testandi*) definiowana jest jako wola i świadomość dokonywania czynności prawnej na wypadek śmierci. Innymi słowy, jest to pragnienie spadkodawcy, ażeby jego decyzje co do losów posiadanego majątku, stały się skuteczne w chwili jego śmierci²⁹³. Brak woli testowania powoduje, iż testament w ogóle nie istnieje²⁹⁴. Te dwa pojęcia (umysłowa zdolność do sporządzenia testamentu oraz wola testowania) wiążą się ze sobą. Spadkodawca musi chcieć rozporządzić na wypadek śmierci (*animus testandi*) i musi być w stanie wyrazić swój zamiar w sposób zgodny z jego pragnieniami, a przy tym zrozumiały dla otoczenia, w formie przewidzianej przez przepisy prawa²⁹⁵. Spadkodawca powinien obejmować swoją świadomością fakt regulowania losów majątku na czas po swojej śmierci. W doktrynie podkreśla się, iż sporządzenie przez testatora testamentu jedynie w celu uwolnienia się od natrętnych prośb jakiejś osoby, oceniane winno być jako działanie bez woli testowania; w konsekwencji dokonana czynność będzie nieważna²⁹⁶.

²⁹² E. Skowrońska: *op. cit.*, s. 81. Warto dodać, iż przy badaniu autentyczności testamentu holograficznego, tylko oryginał testamentu jest testamentem w rozumieniu przepisów k.c. Odpis testamentu, chociażby sporządzony własnoręcznie przez spadkodawcę, nie jest testamentem; tak postanowienie SN z dnia 30.06.1972 r., I CR 403/72, OSNC 1973/3/49. Z drugiej strony, SN w postanowieniu z dnia 20.07.2005 r. (II CK 2/05, Monitor Prawniczy 2005/16/779), dopuścił ustalenie treści testamentu w postępowaniu sądowym przy pomocy wszelkich dozwolonych prawem środków dowodowych, przy zachowaniu szczególnej uwagi i wnikliwości.

²⁹³ J. Wierciński: *op. cit.*, s. 101. Także postanowienie SN z dnia 13.02.2001 r., II CKN 552/99, LEX nr 550941: „Spadkodawca (testator) powinien więc mieć świadomość, że podjęte przez niego zachowanie się stanowi sporządzenie testamentu, oraz mieć wolę sporządzenia testamentu o danej treści przez podjęcie tego właśnie zachowania się. Na tym polega tzw. wola testowania (*animus testandi*)”.

²⁹⁴ „Wola testowania to wola i świadomość dokonania czynności prawnej na wypadek śmierci. Testator musi obejmować swoje świadomością fakt regulowania losów majątku na czas po swojej śmierci. Sporządzenie przez spadkodawcę testamentu jedynie po to, aby uwolnić się od natrętnych nalegań jakiejś osoby, należy ocenić jako działanie bez woli testowania” - teza nr 3 postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 21.01.2000 r., II CKN 696/98, LEX nr 530735.

²⁹⁵ J. Wierciński: *op. cit.*, s. 102.

²⁹⁶ E. Skowrońska: *op. cit.*, s. 66.

W ustawie przyjęto zasadę, że testament jako czynność prawna *mortis causa*, podlega dalej idącym rygorom aniżeli czynność prawna *inter vivos*. Jak już wspomniano w rozważaniach w punkcie 2 niniejszego rozdziału, przepisy ogólne kodeksu cywilnego w art. 82 – 88 k.c. różnicują skutki złożenia oświadczenia woli dotkniętego wadami. Z kolei art. 945 § 1 k.c., jako *lex specialis*, przewiduje jednakową sankcję w stosunku do testamentu sporządzonego pod wpływem wady, tj. nieważność dokonanej czynności. Przepis art. 945 § 1 k.c. wymienia trzy wady oświadczenia woli, których wystąpienie prowadzi do uznania nieważności testamentu:

- wyłączenie świadomego albo swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia swojej woli,
- błąd uzasadniający przypuszczenie, że gdyby spadkodawca nie działał pod jego wpływem, nie sporządziłby testamentu tej treści,
- groźba.

Zgodnie z regulacją art. 945 k.c., testament sporządzony pod wpływem wady oświadczenia woli jest nieważny, a powoływać się na nią może osoba mająca w tym interes w terminie określonym w ustawie, tj. trzech lat od dnia, w którym dowiedziała się ona o przyczynie nieważności, a w każdym razie po upływie dziesięciu lat od otwarcia spadku. Powyższe terminy ustawowe mają charakter terminów zawitych, a co za tym idzie, po ich upływie nikt nie może powoływać się na nieważność testamentu spowodowaną wadą oświadczenia woli. Upływ terminów przewidzianych w art. 945 § 2 k.c. nie powoduje, iż testament staje się ważny; pozostanie nieważny, niemniej wywiera skutki prawne²⁹⁷. Innymi słowy, po upływie ustawowych terminów o charakterze zawitym, nie następuje konwalidacja testamentu, pozostaje on nadal testamentem nieważnym; nie można jednak już kwestionować ważności takiego testamentu²⁹⁸. Należy uznać, iż sporządzenie

²⁹⁷ *Ibidem*, s. 71.

²⁹⁸ „W razie, gdy nie doszło do powołania się, testament pozostaje nieważny, nieważność ta nie może być jednak uwzględniona przez sąd. Praktyczne konsekwencje tej regulacji przedstawiają się zatem tak samo, jak gdyby testament dotknięty sankcją wzruszalności (nieważności bezwzględnej) stał się ważny wskutek nienastąpienia zdarzenia, powodującego jego unieważnienie”; A. Mączyński: „Wpływ wad oświadczenia woli na ważność testamentu” - teza nr 6, Rejent 1991/7-8/24.

testamentu obciążonego wadami oświadczenia woli powoduje bezwzględną nieważność tej czynności, przy czym klasyczna konstrukcja bezwzględnej nieważności ulega swoistej modyfikacji, polegającej na ograniczeniu w czasie możliwości powoływania się na tę nieważność. Temporalne ograniczenie możliwości powoływania się na nieważność testamentu określone w art. 945 § 2 k.c., uzasadniane jest względami natury praktycznej; w miarę upływu czasu zwiększają się trudności dowodowe, a potencjalna możliwość zmiany kręgu spadkobierców mogłaby prowadzić do poważnych komplikacji prawnych i faktycznych²⁹⁹.

Zwrócić należy uwagę na fakt, iż bez względu na formę sporządzenia testamentu, może on być dotknięty wadą oświadczenia woli. W świetle stanowiska wyrażonego przez Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 25.06.1985 r.³⁰⁰, okoliczność, iż testament został sporządzony w formie aktu notarialnego, nie stoi na przeszkodzie w udowadnianiu jego nieważności, przewidzianej w przepisie art. 945 k.c.³⁰¹. Co więcej, Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 23.07.1982 r.³⁰² uznał, iż opinia rejenta sporządzającego testament w formie aktu notarialnego odnośnie stanu poczytalności osoby składającej oświadczenie *mortis causa*, dla sądu nie jest opinią wiążącą³⁰³. Również w stwierdzenie przez notariusza w akcie notarialnym, że spadkodawca jest w pełni władz umysłowych i składa oświadczenie woli w stanie pełnej świadomości, nie korzysta z domniemania prawdziwości (art. 244 k.p.c.)³⁰⁴.

²⁹⁹ E. Skowrońska: *op. cit.*, s. 70.

³⁰⁰ III CRN 181/85, LEX nr 83802.

³⁰¹ „1. Okoliczność, że testament został sporządzony w formie aktu notarialnego, nie stoi na przeszkodzie udowadnianiu jego nieważności, przewidzianej w przepisie art. 945 k.c. 2. Nie stoi na przeszkodzie wydaniu opinii biegłego fakt, że osoba, której opinia miałaby dotyczyć, nie żyje. Akceptacja takiego stanowiska prowadziłaby do niemożności wykazania nieważności testamentu z przyczyny wymienionej w art. 945 § 1 k.c.” W uzasadnieniu Sąd Najwyższy dodał: „Po przeprowadzeniu dowodu ze świadków, akt sprawy karnej oraz dokumentacji lekarskiej celowe było dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza psychiatry”.

³⁰² III CRN 159/82, OSPiKA 1983/4/88.

³⁰³ „Przekonanie przestuchanego w charakterze świadka notariusza co do stanu poczytalności spadkodawczyni w chwili sporządzenia testamentu nie jest dla sądu wiążące. Wartość tego dowodu polega na tym, że składający zeznania jest osobą godną zaufania jako osoba postronna i urzędowa, ale zeznania tego świadka podlegają ogólnym zasadom co do ich oceny”.

³⁰⁴ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 113. Badania przeprowadzone przez Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie w temacie „Unieważnienie oświadczenia woli w opiniowaniu dla potrzeb sądów cywilnych”, dały zaskakujące rezultaty. We wszystkich sprawach, w których dopatrzono się dowodów wskazujących na brak świadomości, swobody czy obydwu tych elementów łącznie, kwestionowane oświadczenia woli zawierane były w formie aktu notarialnego.

Stan wyłączający świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli jest traktowany jako wada oświadczenia woli. Przepis art. 945 § 1 pkt 1 powtarza sformułowania zawarte w art. 82 k.c.³⁰⁵ W związku z powyższym, wszelkie uwagi dotyczące interpretacji art. 82 k.c., zawarte w punkcie 2 niniejszego rozdziału, znajdują pełne zastosowanie i zachowują swoją aktualność również do złożenia oświadczenia woli, jakim jest sporządzenie testamentu.

Warto jednak przedstawić dodatkowe aspekty wpływu braku świadomości na sporządzenie testamentu, z uwagi na pojawiające się odrębności. Na świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli sporządzenia testamentu przez testatora, składają się następujące elementy:

- Wiedza na temat dokonywanej czynności i jej skutków, którą posiada testator, jeżeli zdaje sobie sprawę, że dokument, który sporządza, jest jego własnym testamentem, jak również że skutki jego woli pojawią się na wypadek śmierci.
- Wiedza na temat majątku – jeżeli spadkodawca w chwili sporządzenia testamentu nie zdaje sobie sprawy z tego, co ma być przedmiotem jego czynności prawnej, tj. jaki jest jego majątek, co wchodzi w jego skład i jaka jest jego wartość, to zwykle świadczy to o tym, że czynność została dokonana w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli sporządzenia testamentu³⁰⁶.

W aktach większości spraw znajdowały się zeznania notariuszy; żaden z nich nie miał wątpliwości w przedmiocie stanu psychicznego osób przystępujących do czynności prawnej. Do kuriozum należy zaliczyć przypadek 81-letniej kobiety dokonującej sprzedaży mieszkania, która (wbrew „opinii” notariusza) z powodu otępienia naczyniopochodnego ze zniedołężnieniem fizycznym, była pozbawiona zarówno świadomości, jak i swobody. Nadto ekspertyza pismoznawcza stwierdzała jednoznacznie, iż podpis na akcie notarialnym nie został złożony przez sprzedającą; E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 38-39.

³⁰⁵ E. Skowrońska: *op. cit.*, s. 67. Jedynie na marginesie warto zauważyć, iż regulacje z art. 82 i art. 945 § 1 pkt 1 k.c. mają inne podstawy teoretyczne. Podstawę uregulowania, które dotyczy sporządzenia testamentu, stanowi tzw. teoria woli, zgodnie z którą dla ważności złożonego oświadczenia decydujące znaczenie ma wola wewnętrzna, a nie, jak w przypadku innych czynności prawnych, jej przejaw zewnętrzny; J. Wierciński: *op. cit.*, s. 75.

³⁰⁶ Należy jednak zaznaczyć, iż nie każdy, nawet w pełni zdrowy człowiek, będący w pełni władz umysłowych, jest zdolny z pamięci wymienić wszystkie składniki swojego majątku. W szczególności dotyczy to majątku, którego składniki są liczne i zróżnicowane.

- Naturalność rozrządzeń testamentowych, przy czym decyzje i wyrażona w testamencie wola nie mogą być uznane za nieważne tylko dlatego, że są dziwaczne, niesprawiedliwe, nierozsądne, nienaturalne czy też okrutne wobec bliskich. Jeżeli jednak mają taki charakter, wpływają na ocenę umysłowej zdolności testamentowej spadkodawcy.
- Wiedza na temat osób bliskich – spadkodawca, który nie pamięta bądź nie rozumie relacji z żyjącymi zstępny, małżonkiem, rodzicami i z innymi bliskimi osobami, na których interes majątkowy wpływa jego testament, może sporządzić testament nienaturalny, co może świadczyć o tym, że czynność ta została dokonana w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli jego sporządzenia³⁰⁷.

Zauważyć należy, iż na każdy z powyższych elementów mogą mieć wpływ urojenia i omamy, towarzyszące różnego rodzaju zaburzeniom psychicznym (np. schizofrenii, paranoi, parafrenii, halucynozie). Dokonując czynności testowania i postrzegając rzeczywistość przez pryzmat tego rodzaju zaburzeń myślenia i postrzegania, spadkodawca może działać w fałszywym i bezpodstawnym wyobrażeniu, że działa pod wpływem bezprawnej groźby innej osoby, diabła czy złych duchów, w przekonaniu o niewierności małżeńskiej partnera, uczuciu niechęci i wrogości w stosunku do krewnych i bliskich, w kwestionowaniu swojego ojcostwa, twierdzeniu o śmierci wszystkich bliskich, posiadaniu znacznej fortuny, etc³⁰⁸.

Potraktowanie braku świadomości lub swobody jako wad oświadczenia woli powoduje, iż testament sporządzony przez osobę chorą psychicznie nie pociąga za sobą nieważności testamentu *ex lege*, nie przesądza o braku zdolności testowania, (o ile taka osoba nie została ubezwłasnowolniona)³⁰⁹. W takim przypadku niezbędne

³⁰⁷ J. Wierciński: *op. cit.*, s. 102-134.

³⁰⁸ *Ibidem*, s. 134-153.

³⁰⁹ Współczesna psychiatria stoi na stanowisku, iż do uznania oświadczenia woli za nieważne, nie jest wystarczające samo występowanie choroby psychicznej. Nasilenie objawów musi być tak znaczne, że uniemożliwiać ma funkcjonowanie chorego w realnej rzeczywistości, a decyzje podejmowane przez niego wynikać mają z pobudek chorobowych; E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 40. W tej płaszczyźnie testament będzie nieważny, jeżeli zostanie wykazane, że: a) spadkodawca cierpiał na zaburzenia psychiczne, któremu towarzyszą urojenia bądź omamy, b) urojenia lub omamy

jest przeprowadzenie opinii z biegłego, w celu ustalenia jego zdolności testowania, tzn. czy w chwili sporządzenia testamentu spadkodawca działał z rozeznaniem³¹⁰. Zważyć bowiem należy, iż każdorazowo w przypadku powstania wątpliwości, czy testament został sporządzony świadomie i swobodnie, sąd zmuszony będzie do powołania biegłego³¹¹. Ocena stanu umysłu testatora w momencie sporządzania testamentu wymaga specjalistycznej wiedzy; w szczególności odnosi się do zbadania stanu umysłu osoby nieżyjącej. Zatem dopiero ustalenie, iż w chwili składania oświadczenia woli testator znajdował się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie swojej woli, może stanowić podstawę do unieważnienia testamentu. Ważny jest zatem testament sporządzony w okresie tzw. *lucidum intervallum*³¹² przez osobę chorą psychicznie, ale nie ubezwłasnowolnioną. Sam fakt pozostawania w zakładzie dla umysłowo chorych osoby nie ubezwłasnowolnionej w okresie sporządzenia testamentu, nie oznacza automatycznego przyjęcia, iż osoba taka działała w stanie wyłączającym świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenia woli³¹³. W opiniowaniu w sprawach dotyczących ważności testamentu, nie istnieje możliwość przebadania osoby testatora; zadaniem biegłego będzie więc odtworzenie za pomocą specjalnej procedury *ex post facto* sylwetki psychicznej (stanu psychicznego) spadkodawcy w momencie sporządzenia testamentu, celem określenia, czy testator posiadał swobodę powzięcia decyzji i wyrażenia woli. Powyższego dokonuje się po zapoznaniu się z zebranymi w sprawie wiadomościami o spadkodawcy,

wynikające z zaburzenia psychicznego były przyczyną sporządzenia testamentu; J. Wierciński: *op. cit.*, s. 137.

³¹⁰ *Ibidem*, s. 67; postanowienie SN z dnia 30.04.1976 r., III CRN 25/76, OSP 1977/4/78.

³¹¹ Od dawna Sąd Najwyższy ocenia, iż niezasięgnięcie stosownych opinii biegłych stanowi poważne uchybienie, tak np. wyrok SN z dnia 19.05.1959 r., I CR 485/58, OSPiKA 1960/5/118, czy też postanowienie SN z dnia 30.04.1976 r., III CRN 25/76, OSP 1977/4/78.

³¹² *Lucidum intervallum* (łac.) – jasna przerwa. Okres chwilowej poprawy stanu pacjenta po urazie mózgu, po którym następuje ponowne pogorszenie stanu. Termin wykorzystywany także w psychiatrii i orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym na określenie przejaśnienia świadomości w przebiegu psychoz; za: A. Bilikiewicz: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 704.

³¹³ E. Skowrońska: *op. cit.*, s. 68.

w szczególności zaś o schorzeniach i warunkach zgonu³¹⁴. Biegły powinien uwzględnić w możliwie szerokim zakresie dostępny materiał: wszelką dokumentację lekarską, zeznania świadków, treść kwestionowanego aktu oraz okoliczności jego sporządzenia³¹⁵. Jest to więc jedno z nielicznych odstępstw od zasady, iż opinię sądowo-psychiatryczną (sądowo-lekarską) można wydać wyłącznie na podstawie osobistego badania pacjenta. Co ważne, biegły psychiatra ma prawo i obowiązek wnioskować do sądu o uzupełnienie akt sprawy o wszystkie te dowody, które można i należy uzyskać, a w szczególności o:

- akta osobowe pracownika opiniowanej osoby z zakładów pracy,
- pisma, listy, zapiski, rysunki z okresu dokonywania czynności prawnych,
- zdolność tej osoby do samodzielnego poruszania się pieszo, rowerem, samochodem, pociągiem, komunikacją miejską,
- zdolność do posługiwania się telefonem, komputerem, sprzętem RTV i AGD,
- zdolność do samoobsługi: mycia się, ubierania, sprzątania, robienia zakupów,
- zdolność do rozpoznawania członków rodziny, znajomych, listonosza, sąsiadów, robienia zakupów, samodzielnego poruszania się po mieście, podróżowania etc³¹⁶.

Najczęstsze pytania do biegłego psychiatry w sprawach testamentowych sprowadzają się do odpowiedzi na pytanie, czy dana osoba mogła w konkretnych psychicznych okolicznościach, świadomie i (lub) swobodnie podjąć decyzję i wyrazić swoją wolę. Oceniając zdolność do **świadomego powzięcia decyzji** należy rozpatrzyć, czy spadkodawca: chciał dokonać czynności prawnej i rozumiał sytuację,

³¹⁴ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności do testowania*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 22.

³¹⁵ L. Uszkiewiczowa: *Opinia biegłego z zakresu psychiatrii*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1973, s. 35. Niejako na marginesie, odnośnie wiarygodności informacji podawanych przez świadków, warto jedynie zaznaczyć, iż świadkowie mogą zeznawać odnośnie opiniowanej osoby to, co bezpośrednio słyszeli i widzieli, jak również mogą podawać informacje (nawet zgodne, jednorodne), które posiadli od innych osób, natomiast sami ich nie postrzegli (tzw. echo informacyjne czy też świadkowie ze słuchu).

³¹⁶ J. Pobocha: *Metodyka opiniowania w sprawach testamentowych*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9 (Supl. 1): 51-59.

w której podejmował decyzję, liczył się z tym, że czynność prawna przyniesie określone skutki prawne (tak dla niego, jak i spadkobierców) oraz przewidywał, że z tej czynności prawnej wynikają określone skutki prawne³¹⁷. Z kolei oceniając **swobodę zdolności** powzięcia decyzji należy rozpatrzyć, czy opiniowany: mógł daną czynność prawną swobodnie przedsięwziąć, czy podlegał jakimś wpływom otoczenia, nad którymi nie mógł zapanować, czy motywy podjęcia decyzji nie są obciążone upośledzeniem sprawności funkcji poznawczych i zaburzeniami emocji, czy okoliczności dokonania danej czynności prawnej były dla opiniowanego celowe i korzystne. Warto podkreślić po raz wtóry, iż powyższe czynniki muszą wymagać zdolność wyłączyć, natomiast jej ograniczenie nie stanowi przeszkody w świadomym albo swobodnym podjęciu decyzji i wyrażeniu woli³¹⁸. Opiniowanie w sprawach ważności testamentu przysparza biegłym dużych problemów, albowiem nie mają oni możliwości badania spadkodawców. Szczególnie ważne w orzecznictwie sądowo-lekarskim jest ustalenie, czy spadkodawca miał zdolność testowania w dacie sporządzenia testamentu. Późniejsza utrata zdolności testowania pozostaje bez wpływu na ważność testamentu sporządzonego wcześniej. Biegli psychiatrzy opiniując w sprawach testamentu oceniają: sam testament i okoliczności jego sporządzenia (nie oceniają jednak wiarygodności testamentu), zeznania świadków (opisy codziennego funkcjonowania, motywację do testowania, występowanie ewentualnych konfliktów w relacjach i tło tych konfliktów, przy czym zeznania świadków zazwyczaj różnią się diametralnie, są sprzeczne ze sobą, z uwagi na zainteresowanie rozstrzygnięciem sprawy na ich korzyść) oraz dokumentację medyczną (kartoteki, historie choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego)³¹⁹.

³¹⁷ E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 40.

³¹⁸ Obowiązujące przepisy k.c. nie przewidują bowiem ograniczonej zdolności do świadomego lub swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, a takie sformułowanie jest często spotykanym błędem popełnianym przez psychiatrów. W związku z powyższym użycie przez biegłego sformułowań o „znacznym ograniczeniu” lub „niepełnym pozbawieniu zdolności” pociąga za sobą uznanie opinii biegłego za niejasną; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, [w:] *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, (red.) Wójcikiewicz J., Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 493; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 77; D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 122.

³¹⁹ J. T. Marcinkowski, A. Klimberg: *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. I. Charakterystyka materiału badawczego. Charakterystyka testatorów*, Archiwum Medycyny Sądowej

Istotnym jest określenie stanu psychicznego testatora w chwili pisania lub dyktowania testamentu. Zwykle sporządzają go ludzie chorzy, starzy, najczęściej w krótkim okresie przez zgonem, u których mogą występować zaburzenia świadomości. Zważyć jednak należy, że pogląd o tym, iż konający nie był w stanie powziąć swobodnie aktu woli, nie zawsze jest zgodny z rzeczywistym stanem rzeczy. Podkreśla się, iż zejście śmiertelne nie musi być poprzedzone psychozą lub utratą przytomności. Niektórzy konający zachowują aż do ostatniego oddechu jasność umysłu, co oznacza, iż szybka śmierć testatora bezpośrednio po sporządzeniu testamentu nie wyklucza jego ważności³²⁰. Nierzadko bowiem umierający zachowuje świadomość nieomal do ostatnich momentów życia, wypowiadając logiczne, choć skąpe i z wysiłkiem, decyzje, życzenia i oświadczenia. Jeśli istnieją więc wiarygodne relacje świadków śmierci, które nie kolidują z wiedzą na temat przebiegu śmierci w chorobie będącej jej przyczyną, zaś podjęte przez konającego decyzje wynikają ze zrozumiałej, logicznej motywacji, nie można odrzucić możliwości zachowania zdolności świadomego albo swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli³²¹. Natomiast na pewno w przypadku stwierdzenia u umierającego testatora tzw. psychozy kardialnej, występującej jako psychoza przedagonalna, znosi ona zdolność do składania skutecznych oświadczeń woli³²².

Wydając opinię w sprawach testamentowych w przedmiocie zdolności do świadomego powzięcia decyzji, biegły psychiatra ma do wykonania następujące zadania: ocenę stanu psychicznego testatora w czasie sporządzenia testamentu (zwłaszcza czy znajdował się w stanie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innych choćby przemijających zaburzeń psychicznych), określenie, czy stwierdzony stan psychiczny wyłączał świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oraz czy mimo stwierdzonych zaburzeń zdolności te były

i Kryminologii, 2007, tom LVII, Nr 31-41, s. 35; E. Skupień, M. Kowanetz: *op. cit.*, s. 40; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 72.

³²⁰ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 494; D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 113-114.

³²¹ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 84.

³²² Obraz kliniczny takiej psychozy charakteryzuje się narastającym niepokojem ruchowym, objawami niewydolności krążenia, stanami zamącenia świadomości, prowadzącymi do stanu śpiączkowego i śmierci; D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 114.

zachowane, ewentualnie czy w chwili sporządzania testamentu ustnego istniała u spadkodawcy obawa rychłej śmierci³²³.

Stwierdzenie przewlekłych zaburzeń psychicznych u testatora nie powinno biegłemu nastęrczyć trudności, z uwagi na istniejące zazwyczaj dowody jego leczenia. Nadto ujawnić je winien wywiad wykazujący wpływ choroby na życie: nauki szkolnej, pracy zawodowej, związków emocjonalnych (małżeństwo, wychowywanie dzieci), karalności, uzyskania renty. Z kolei choroby psychiczne o słabym nasileniu objawów, np. schizofrenia w fazie niezbyt głębokiego defektu ze słabo wyrażonymi objawami wytwórczymi, czy też fazy subdepresyjne, które jedynie nieznacznie zakłócają funkcjonowanie osób leczonych, nie muszą wyłączać i całkowicie upośledzać zdolności wyrażania woli. Podobnie sytuacja taka odnosi się do testatorów, których dotknęły psychozy bez uchwytne upośledzenia funkcji poznawczych. W wielu przypadkach schizofrenii, pomimo usystematyzowania urojeń, nie nastąpił istotny rozpad osobowości, co pozwala na samodzielne funkcjonowanie, kontynuowanie pracy zawodowej i podejmowanie codziennych decyzji. Trudności oceny mogą nastęrczać okresy remisji w schizofrenii, przy czym należy pamiętać, iż każdej oceny dokonuje się indywidualnie w oparciu o zebrany przez biegłego materiał. Nawet w przebiegu wieloletniej schizofrenii, w okresie remisji, chory może powziąć świadomie i swobodnie decyzję oraz wyrazić swoją wolę. Niemniej nie sposób przyjąć, iż wszystkie remisje pozwalają na przyjęcie takiej oceny, np. wyraźnie zaznaczone negatywne objawy osiowe, mogą wyłączyć zdolność testatora do czynności testowania. Obecność w schizofrenii usystematyzowanych urojeń powoduje jednostronną ocenę i interpretację otoczenia przez chorego. Następuje więc podporządkowanie przez schizofrenika wszystkich swoich przeżyć i doświadczeń życiowych; wydarzenia przeszłe i bieżące są wciągane i rozwijane przez system urojeniowy. Obecność zaburzeń urojeniowych dotyka całej osobowości psychicznej chorego, zaburzając jego prawidłowe rozumowanie i zdolność sądzenia, a zatem również rozumienie znaczenia swoich czynności i kierowania swoim

³²³ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 122.

postępowaniem³²⁴. Do jednych z najtrudniejszych problemów w opiniowaniu zaliczyć należy występowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób *stricto* somatycznych. W większości przypadków, podeszły wiek spadkodawców w połączeniu ze zmianami psychicznymi w postaci upośledzenia funkcji poznawczych, może skłaniać do rozważenia ich zdolności do podjęcia decyzji. Nakładające się na choroby somatyczne (np. powodujące zaburzenia ukrwienia mózgu i nasilające lub powodujące wystąpienie zaburzeń świadomości) zaburzenia psychotyczne, stawiają pod znakiem zapytania zachowanie przez testatora zdolności do świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli. W takich przypadkach niezbędne będzie ustalenie stosunku czasowego wystąpienia zaburzeń psychotycznych do wyrażenia woli; jeśli ujawniły więc one przed sporządzeniem testamentu, mogą przesądzić o braku zdolności do oświadczenia woli³²⁵.

Stwierdzając istnienie zaburzeń psychicznych u testatora, biegły musi również ocenić rodzaj zaburzeń i zdecydować, czy występowały one w takiej jakości, bądź stopień ich nasilenia był tak duży, że wyłączały świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Sama diagnoza stanu psychicznego może jednak okazać się niewystarczająca. Biegły winien również uwzględnić i wziąć pod uwagę motywację wyrażonej przez testatora woli, która może być znaczącym wskaźnikiem stanu psychicznego i mieć istotne znaczenie w ocenie zdolności spadkodawcy do wyrażenia woli. Jak to opisano powyżej, nie każde zaburzenie psychiczne wyłącza świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli; nie każde bowiem dezorganizuje funkcje psychiczne w tak znacznym stopniu, zaś wiele zachowań motywują prawidłowe pobudki. Motywacja w dużej mierze zależna jest od sprawności funkcji poznawczych. Wzmożona podatność na oddziaływanie otoczenia, niewłaściwa ocena aktualnej sytuacji, obniżony krytycyzm, proces chorobowy, zaburzenia emocji o charakterze patologicznym (np. w zespole psychoorganicznym - stępienie afektu, starcze nastawienia ksobne), upośledzenia funkcji pamięci, czy w końcu nasilenie zmian starczych - te wszystkie czynniki

³²⁴ *Ibidem*, s. 176-177.

³²⁵ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 79-80.

należy uwzględnić przy ocenie motywacji oświadczeń woli testatora oraz odtworzeniu logicznego ciągu zdarzeń uzasadniających powstanie określonej motywacji. W konsekwencji rozeznanie biegłego w niuansach sytuacji poprzedzającej sporządzenie testamentu, jawi się jako trudny i skomplikowany proces, uzależniony także od informacji uzyskanych z najbliższego otoczenia testatora, które dodatkowo niejednokrotnie kwestionuje słuszność decyzji testatora z uwagi na „niezadowolający” sposób jego podziału pomiędzy poszczególne osoby³²⁶.

Praktyka wykazuje również, iż nieomal regułą jest podważanie opinii biegłych sądowych przez jedną ze stron procesowych, niezadowoloną z wydanej opinii. Skutkuje to dopuszczaniem przez sąd dowodu z kolejnych biegłych bądź zespołu biegłych sądowych. Różnice występujące w opiniach lekarzy wynikać mogą nie tylko z poziomu wiedzy i doświadczenia, ale także z oceny moralnej spadkodawcy, względów etycznych i przewrotnie rozumianej „zasady sprawiedliwości społecznej”. Przykładowo, doświadczony lekarz - psychiatra, który wydał opinię przeciwną do biegłego, w nieformalnych okolicznościach stwierdził, iż wydając opinie kierował się dręczącym go pytaniem: „*jak on mógł tak skrzywdzić własne dzieci zapisując wszystko konkubinie?*”³²⁷.

Na marginesie warto zauważyć, iż przeprowadzone badania wykazały podstawy do stwierdzenia braku świadomości koniecznej do testowania aż w 46,6% spraw sądowych (częściej dotyczyło to mężczyzn - 51,5%, aniżeli kobiet - 42,1%). Nadto z uwagi na fakt, iż osoby sporządzające testament były całkowicie uzależnione od pomocy innych osób, które w większości były zainteresowane treścią testamentu, aż w 39,7% spraw sądowych zachodziły podstawy do orzeczenia braku swobody wyrażenia własnej woli³²⁸.

³²⁶ *Ibidem*, s. 86-90. Jednakże oceniając zdolność do świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli u osoby z zespołem urojeniowym, biegły musi też wziąć pod uwagę to, czy testament nie został sporządzony na niekorzyść najbliższej rodziny pod wpływem urojeniowego do niej stosunku; D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 177.

³²⁷ J. T. Marcinkowski, A. Klimberg: *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. II. Wnioski końcowe opinii. Jakość dokumentacji lekarskiej. Ocena zeznań świadków*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2007, tom LVII, Nr 42-48, s. 48.

³²⁸ *Ibidem*, s. 43.

2.2. PRAWO RODZINNE.

Tytułem wstępu warto zwrócić uwagę, iż wraz z unormowaniem stosunków prawa rodzinnego dokonanych w kodeksie rodzinnym z 1950 r.³²⁹, a następnie w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym z 1964 r.³³⁰, pojawił się problem stosunku przepisów prawa rodzinnego do przepisów innych działów prawa cywilnego. Kwestię tę rozstrzygnął Sąd Najwyższy, uznając jeszcze na gruncie kodeksu rodzinnego, iż nie jest on kodyfikacją pełną, tzn. pewnych instytucji prawo rodzinne nie definiuje i nie normuje; w takich sytuacjach znajdują zastosowanie przepisy zawarte w innych kodyfikacjach³³¹. Orzeczenie to zachowuje walor aktualności również na tle obowiązującego kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Zasadny jest więc pogląd, iż stosunki rodzinnoprawne nie utraciły charakteru stosunków prawa cywilnego i nie doszło do rozerwania ich więzi z prawem cywilnym wskutek wejścia w życie regulacji k.r.o. Nadto w kwestiach nieuregulowanych przez k.r.o., należy stosować na wprost (poza przypadkami wskazanymi w k.r.o. nakazującymi odpowiednie stosowanie regulacji k.c.), przepisy kodeksu cywilnego³³².

Sprawy małżeńskie uregulowane są w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym w tytule I pod nazwą „Małżeństwo” (art. 1 - 61). Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, nie będą szerzej omawiane - jako niezwiązane bezpośrednio z przedmiotem rozważań - kwestie związane z unormowaniami k.r.o. dotyczącymi zawarcia małżeństwa. Szerszego komentarza wymaga jednak kwestia jednej z przesłanek uniemożliwiających zawarcie związku małżeńskiego (tzw. przeszkody małżeńskiej)³³³, do których zaliczamy chorobę psychiczną. Problematyka zakazu zawierania małżeństw przez osoby chore psychiczne unormowana jest w art. 11 i 12 k.r.o. Stosownie do regulacji art. 11 k.r.o., jeżeli osoba zamierzająca zawrzeć

³²⁹ Ustawa z dnia 27.06.1950 r. (Dz. U. z 1950 r., Nr 34, Poz. 308 z późn. zm.)

³³⁰ Ustawa z dnia 25.02.1964 r. (Dz. U. z 1964 r., Nr 9, Poz. 59 z późn. zm.)

³³¹ Orzeczenie SN z dnia 14.01.1953 r., C 1761/51, Państwo i Prawo 1953, nr 12, s. 899, za J. Winiarz, J. Gajda: *Prawo rodzinne*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1999, s. 30.

³³² J. Winiarz, J. Gajda: *op. cit.*, s. 30-31.

³³³ Kodeks rodzinny i opiekuńczy nie definiuje przesłanek unieważnienia małżeństwa. Stosowanie przez ustawodawcę zwrotu „nie może zawrzeć małżeństwa” należy więc rozumieć jako przeszkodę do zawarcia małżeństwa bądź też przesłankę jego nieważności. W konsekwencji małżeństwo zawarte wbrew tym przeszkodom jest ważne; może być jedna unieważnione, przy czym istnieje możliwość ich konwalidacji w przypadkach określonych w k.r.o.

małżeństwo jest dotknięta chorobą psychiczną, a w konsekwencji została ubezwłasnowolniona całkowicie, nie może zawrzeć małżeństwa. Regulacja powyższa nie dopuszcza udzielenia takiej osobie (bądź takim osobom) zezwolenia na zawarcie małżeństwa dopóty, dopóki trwa ubezwłasnowolnienie. Osoba ubezwłasnowolniona wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem, zatem nie może również realizować zadań wobec małżeństwa i rodziny - co najmniej do czasu poprawy stanu zdrowia i zmiany opinii biegłego³³⁴. Z kolei na podstawie art. 11 § 2 k.r.o., każde z małżonków może żądać unieważnienia małżeństwa z powodu ubezwłasnowolnienia; jeśli jednak ubezwłasnowolnienie zostało uchylone, wówczas małżeństwa unieważnić już nie można. Uchylenie ubezwłasnowolnienia całkowitego jest zdarzeniem nowym, które jeśli nastąpi po zawarciu małżeństwa, eliminuje przeszkodę, jaka istniała w chwili jego zawarcia³³⁵.

Zgodnie z przepisem art. 12 § 1 k.r.o., nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym (zarówno osoba nieubezwłasnowolniona, jak i częściowo ubezwłasnowolniona). W zdaniu drugim art. 12 § 1 k.r.o. ustawodawca zastrzegł jednakże, iż jeśli stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa oraz jeżeli osoba taka nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może zezwolić na zawarcie małżeństwa³³⁶. Konwalidacja małżeństwa zawartego wbrew zakazowi z art. 12 § 1 k.r.o. następuje z chwilą ustania choroby psychicznej. Zezwolenie

³³⁴ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 148; J. Winiarz, J. Gajda: *op. cit.*, s. 55. Warto wspomnieć, iż osoba mająca być ubezwłasnowolniona, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa (art. 553 k.p.c.) - dla oceny stanu zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych osoby, której wniosek o ubezwłasnowolnienie dotyczy, jak również oceny zakresu zdolności tej osoby do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw.

³³⁵ J. Winiarz, J. Gajda: *op. cit.*, s. 75.

³³⁶ W praktyce przepis ten jest jednak martwy. Osoby upośledzone umysłowo zawierają związki małżeńskie bez starań o zgodę sądu. Zdarza się jednak, iż sąd przy okazji udzielania zgody na zawarcie tego związku, z uwagi na młody wiek pretendenta, uzyskuje informację, że ktoś z nich ukończyło lub jeszcze się uczy w szkole specjalistycznej. W takich okolicznościach sąd może zwrócić się do biegłego psychiatry o wydanie stosownej opinii, czy stan umysłu takiej osoby może zagrażać małżeństwu lub zdrowiu przyszłego potomstwa; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 494-495.

sądu³³⁷, o którym mowa w art. 12 § 1 k.r.o., ma charakter deklaratoryjny³³⁸ i opiera się na stwierdzeniu, że w konkretnym przypadku, pomimo ustawowego zakazu zawarcia małżeństwa przez osobę dotkniętą chorobą psychiczną, nie występuje przeszkoda do zawarcia małżeństwa - z uwagi na to, iż choroba psychiczna lub niedorozwój umysłowy, nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa³³⁹. Zatem istota odrębnego przepisu zawarta w zdaniu drugim art. 12 § 1 k.r.o., polega na możliwości usunięcia zakazu, co jest dopuszczalne wyłącznie na podstawie zezwolenia sądu rejonowego, a materialnoprawną przesłanką uzasadniającą wydanie takiego zezwolenia jest stan zdrowia lub umysłu nupturienta, niezagrażający małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa³⁴⁰. Dodać należy, iż usytuowanie udzielenia zezwolenia na zawarcie małżeństwa osobie dotkniętej chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym wśród czynności poprzedzających jego zawarcie, wynika w sposób wyraźny z przepisów art. 12 § 1 k.r.o. i art. 561 § 2 k.p.c. Regulacje te mówią o „zezwoleńiu na zawarcie małżeństwa”, które ma poprzedzać zawarcie związku małżeńskiego. Nadto art. 561 § 3 k.p.c. stanowi, iż sąd winien wymienić w postanowieniu o udzieleniu zezwolenia „osobę, z którą małżeństwo ma być zawarte”. Z punktu widzenia wykładni gramatycznej oraz funkcjonalnej, nie sposób bronić stanowiska, iż można udzielić *ex post* zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Celem instytucji zezwolenia na zawarcie małżeństwa pomimo istnienia jego zakazu, było umożliwienie - w przypadkach wyjątkowych, uzasadniających założenie rodziny - jego zawarcia. Z chwilą zawarcia małżeństwa odpadają cele i założenia, które legły u podstaw tych unormowań, a orzekanie o zezwoleńiu na jego zawarcie staje się bezprzedmiotowe.

³³⁷ Zezwolenia na zawarcie małżeństwa osobie chorej psychicznie udziela sąd na wniosek tej osoby, w postępowaniu nieprocesowym (art. 561 § 2 k.p.c.).

³³⁸ Tak: uzasadnienie uchwały 7 sędziów SN z dnia 09.05.2002 r., III CZP 7/02, Biul. SN 2002/5/9.

³³⁹ Zawarte w art. 12 § 1 k.r.o. pojęcie „zagrożenia zdrowia psychicznego potomstwa” należy pojmować w tym kontekście, że dotyczy ono nie tylko kwestii możliwości przekazania choroby psychicznej ewentualnemu potomstwu, ale także zagadnienia, czy stan psychiczny określonej osoby nie wyłącza prawidłowego, zgodnego z przyjętymi zasadami wychowania dzieci i w ogóle wykonywanej władzy rodzicielskiej; wyrok SN z dnia 29.12.1978 r., II CR 475/78, OSP 1980/7/141.

³⁴⁰ J. Strzebińczyk, teza nr 1 glosy do uchwały SN z dnia 09.05.2002 r., III CZP 7/02, OSP 2004/1/1.

W przeciwnym razie, dopuszczenie do udzielenia zezwolenia *ex post* stanowiłoby aprobatę dla działania bezprawnego³⁴¹.

Wyrazem konsekwentnego przyjęcia stanowiska, iż podstawą unieważnienia małżeństwa może być tylko taka choroba psychiczna jednego z małżonków, istniejąca w dacie zawarcia małżeństwa, która zagraża małżeństwu lub zdrowiu przyszłego potomstwa, są następująca wypowiedzi sądu:

*„Unieważnienie małżeństwa z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków może nastąpić tylko wówczas, gdy przeszkoda ta istniała w dacie zawierania związku małżeńskiego”*³⁴². W uzasadnieniu wyroku sąd podkreślił, iż powstanie choroby psychicznej (schizofrenii) po zawarciu małżeństwa, nie czyni takiego małżeństwa nieważnym, podlegającym unieważnieniu.

*„Unieważnienie małżeństwa na podstawie art. 12 k.r.o. może nastąpić tylko w wypadku choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego, a nie innego rodzaju zaburzeń psychicznych”*³⁴³.

Na szczególną uwagę zasługuje również przytoczony poniżej pogląd: *„Wyjątkowo, gdy zachodzą szczególne okoliczności (np. długotrwałe i prawidłowe funkcjonowanie małżeństwa oraz pochodzenie z małżeństwa zdrowych, dorosłych dzieci) zasady współżycia społecznego mogą przemawiać za oddaleniem powództwa o unieważnienie małżeństwa z powodu choroby psychicznej (art. 5 k.c.)”*³⁴⁴. W uzasadnieniu powyższego wyroku SN podkreślił, iż pomimo tego, iż pozwana zezwolenia na zawarcie małżeństwa nie otrzymała z uwagi na schizofrenię urojeniową (gdyby przed zawarciem związku małżeńskiego ubiegała się o takie zezwolenie), długotrwałe i zgodne pożycie małżeńskie (23 lata), niewadliwe funkcjonowanie małżeństwa

³⁴¹ Uzasadnienie do uchwały SN z dnia 09.05.2002 r., III CZP 7/02, Biul. SN 2002/5/9. Powyższe stanowisko znajduje również uzasadnienie w wyroku SN z dnia 30.06.1971 r., II CR 169/71, OSNC 1972/1/17; uchwale SN z dnia 25.04.1983 r., III CZP 12/83, OSNC 1983/11/74; wyroku SN z dnia 15.02.1983 r., I CR 7/83, LEX nr 8511. Odmienne stanowisko zajął SN w wyroku z dnia 25.10.1965 r., II CR 293/65, OSNC 1966/9/148.

³⁴² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23.02.1995 r., I ACr 33/95, OSA 1997/4/15.

³⁴³ Wyrok SN z dnia 13.03.1974 r., II CR 42/74, OSNC 1975/1/14. W sprawie o unieważnienie małżeństwa, w oparciu o opinie biegłego lekarza oraz opinii Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej, ustalono, iż pozwana w dacie zawierania małżeństwa była osobą o pewnych predyspozycjach schizofrenicznych i ewentualnie cierpiała na pewne zaburzenia psychiczne.

³⁴⁴ Wyrok SN z dnia 04.02.1985 r., IV CR 557/84, OSNC 1985/11/181.

i brak ujemnych następstw w stanie zdrowia potomstwa stron, unieważnienie takiego małżeństwa byłoby sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Co w przypadku, gdy jeden z nupturientów godzi się z faktem i posiada pełną wiedzę co do choroby psychicznej osoby (schizofrenii), z którą zamierza zawrzeć związek małżeński, a następnie występuje o jego unieważnienie? Odpowiadając na powyższe pytanie Sąd Najwyższy zajął stanowisko, iż znane małżonkom w chwili zawierania przez nich małżeństwa odchylenie od normy w stanie zdrowia psychicznego jednego z nich, nie uzasadnia oceny, że zawarli oni małżeństwo w złej wierze, jeżeli stan zdrowia tego małżonka został oceniony - gdy chodzi o dopuszczalność zawarcia małżeństwa - niejednolicie przez specjalistów (psychiatrów)³⁴⁵.

Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, nie można pominąć jeszcze jednego wątku oddziaływania choroby psychicznej na ważność zawieranego małżeństwa, tj. występujących w trakcie przebiegu schizofrenii remisji. Przez remisję rozumieć należy okres, w którym objawy choroby zanikają czasowo w sposób kompletny, lub też ustępują w pewnej części. Jednakże pojęcie to jest rozumiane krańcowo różnie. Niektórzy uważają za remisję brak objawów wytwórczych (omamów, urojeń). Szersze spojrzenie mówi, że remisja powinna obejmować również objawy negatywne schizofrenii (wycofanie, izolację, niedostosowanie, ambiwalencję itd.). Obecnie jednak coraz częściej mówi się o remisji w sensie powrotu chorego do normalnego funkcjonowania psychospołecznego, rodzinnego i zawodowego. O konsekwencjach wpływu remisji choroby psychicznej na ważność małżeństwa świadczą następujące wypowiedzi Sądu Najwyższego:

„Jeżeli materiał dowodowy pozwala na przyjęcie, że małżonek, który został przed zawarciem związku małżeńskiego dotknięty chorobą psychiczną, wyleczył się w takim stopniu, że jego postępowanie i psychika nie odbiegają od psychiki i postępowania przeciętnego człowieka, a nadto istnieją podstawy do uznania, że najpewniej stan ten nie ulegnie już zmianie - to sam fakt, że nauka stan taki określa jako stan remisji, nie uzasadnia

³⁴⁵ Wyrok SN z dnia 06.02.1981 r., IV CR 533/80, OSNC 1981/11/215.

oceny, iż jest to stan choroby psychicznej w rozumieniu art. 12 k.r.o.”³⁴⁶. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy zasygnalizował, iż stan remisji nie jest jednoznaczny ze stanem choroby psychicznej (schizofrenii). Równość pomiędzy tymi dwoma stanami może mieć miejsce tylko w odniesieniu do wypadku, gdy remisja, według wszelkiego prawdopodobieństwa, opartego na doświadczeniu wynikającym z konkretnych i częstych nawrotów choroby, ma charakter przejściowy i krótkotrwały. Tylko bowiem w takim przypadku przyjąć należy, iż chory, którego stan psychiczny podlega tego typu wahaniom, nie może ze względu na stan zdrowia psychicznego należycie wypełniać obowiązków rodzinnych. Jeśli zaś zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym opinie biegłych psychiatrów, przemawia za przyjęciem tez określonych w przytoczonej sentencji wyroku, to sam fakt, iż nauka stan taki określa jako stan remisji, nie uzasadnia oceny, że jest to stan choroby psychicznej w rozumieniu art. 12 k.r.o. Sama bowiem czysto teoretyczna możliwość nawrotu choroby nie usprawiedliwia odmiennego wniosku.

*„Dla oceny, czy w momencie zawarcia małżeństwa osoba wstępująca w związek małżeński jest dotknięta chorobą psychiczną w rozumieniu art. 12 § 1 k.r.o., istotny jest nie stan jej przejściowej świadomości (remisja), lecz stan jej zdrowia psychicznego. Ocena, czy osobę, która była przed stanem remisji dotknięta chorobą psychiczną, należy uznać za chorą w rozumieniu art. 12 k.r.o., zależy od okoliczności konkretnego wypadku”*³⁴⁷. Uzasadniając powyższą tezę sąd podkreślił, iż stan remisji nie przesądza jeszcze tego, iż osobę pozostającą w takim stanie można uznać za nie dotkniętą chorobą psychiczną w rozumieniu art. 12 k.r.o. Z drugiej zaś strony nie można też kategorycznie stwierdzić, iż w każdym przypadku istnienia stanu remisji osobę, która była przed tym stanem dotkniętą chorobą psychiczną (schizofrenią w tym wypadku), należy uznać za chorą w rozumieniu tego przepisu. Ocena w tym zakresie zależy od okoliczności konkretnej sprawy, w szczególności zaś od długotrwałości remisji oraz oceny biegłych specjalistów w przedmiocie ryzyka nawrotu choroby³⁴⁸.

³⁴⁶ Wyrok SN z dnia 02.02.1968 r., I CR 650/67, OSNC 1968/10/172.

³⁴⁷ Wyrok SN z dnia 18.07.1967 r., I CR 43/67, OSNC 1968/2/28.

³⁴⁸ Należy dodać, iż analiza orzecznictwa SN w tym zakresie wykazała ewolucję poglądów. Jeszcze bowiem pod rządami kodeksu rodzinnego, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14.02.1961 r.,

Nie stanowi istotnej zmiany przyjętego kierunku ustawodawstwa nowelizacja kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, wprowadzona ustawą z dnia 24.07.1998 r.³⁴⁹, która dostosowując jego przepisy do wymagań prawa międzynarodowego³⁵⁰, wprowadziła możliwość żądania unieważnienia małżeństwa z powodu wad oświadczenia woli (art. 15¹ k.r.o.). Małżeństwo może być więc unieważnione, jeżeli oświadczenie woli o wstąpieniu w związek małżeński zostało złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie woli (art. 15¹ § 1 pkt 1 k.r.o.). Świadome wyrażenie woli ma miejsce wówczas, gdy osoba składająca oświadczenie uczyniła to z pełnym rozeznaniem odnośnie treści swojego oświadczenia. Rozeznanie to winno również dotyczyć skutków, które osoba składająca oświadczenie chciała osiągnąć³⁵¹. Obojętna jest przyczyna, która przedmiotowy stan wywołała (podobnie jak w przepisie art. 82 k.c.). Niemniej zaznaczyć trzeba, iż art. 15¹ § 1 k.r.o., jako przyczynę unieważnienia małżeństwa, wskazuje jedynie stan wyłączający świadome wyrażenie woli, pomijając w tym względzie stan wyłączający swobodę powzięcia decyzji i wyrażenia woli³⁵².

Bez wątpienia występowanie u małżonka choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego może potencjalnie implikować wystąpienie stanu wyłączającego świadome wyrażenie woli. Należy brać również pod uwagę działanie

I CR 938/59 (OSPika 1962/10/265) wskazał, iż każda choroba psychiczna bez względu na jej stan rozwoju, o ile istniała w dniu zawarcia małżeństwa, stanowi przesłankę do jego unieważnienia, a dalej „brak zezwolenia sądu na zawarcie małżeństwa przez osobę dotkniętą chorobą umysłową uzasadnia w zasadzie żądanie jego unieważnienia, chociażby nawet pożycie małżonków było długotrwałe i nie wykazywało w jego przebiegu dysharmonii wywołanych chorobą”.

³⁴⁹ Ustawa o zmianie ustaw-kodeks rodzinny i opiekuńczy, kodeks postępowania cywilnego, prawo o aktach stanu cywilnego, ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 1998 r., Nr 117, Poz. 757).

³⁵⁰ Konwencja w sprawie zgody na zawarcie małżeństwa, najniższego wieku małżeńskiego i rejestracji małżeństwa, przyjęta przez Polskę 10.12.1962 r. w Nowym Jorku (Dz. U. z 1965 r., Nr 9, Poz. 53). W konwencji tej znajduje się zapis, iż małżeństwo nie może być zawarte bez pełnej i swobodnej zgody stron; w konsekwencji unormowanie zawarte w art. 15¹ k.r.o. regulujące okoliczności unieważnienia małżeństwa, stanowi przejaw dostosowania i uzupełnienia k.r.o. do przedmiotowej konwencji.

³⁵¹ J. Winiarz, J. Gajda: *op. cit.*, s. 59.

³⁵² Stąd też zakres przepisu art. 15¹ § 1 pkt 1 k.r.o. jest węższy aniżeli art. 82 k.c. Dotyczy on bowiem jedynie sytuacji, w której osoba zawierająca małżeństwo z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie woli. Z kolei art. 82 k.c. obejmuje dwie niezależne od siebie sytuacje; pierwsza charakteryzuje się brakiem świadomości osoby składającej oświadczenie, zaś druga brakiem swobody w momencie podejmowania decyzji i uzewnętrznienia swojej woli w tej mierze; tak: J. Winiarz, J. Gajda: *op. cit.*, s. 59.

alkoholu, środków psychoaktywnych lub farmakologicznych. Stan wyłączający świadome wyrażenie woli musi wystąpić w chwili składania oświadczenia woli o wstąpieniu w związek małżeński, nie zaś w chwili powzięcia decyzji o wstąpieniu w związek małżeński³⁵³. Zgodnie z art. 15¹ § 2 k.r.o., o unieważnieniu małżeństwa orzeka sąd wyrokiem na żądanie małżonka, którego oświadczenie zostało dotknięte wadą. Żądanie takie jest jednakże ograniczone temporalnie (art. 15¹ § 2 i 3 k.r.o.), a mianowicie sześć miesięcy od ustania stanu wyłączającego świadome wyrażenie woli, ale nie później niż trzy lata od zawarcia małżeństwa.

Na tle obowiązujących unormowań k.r.o. wyjaśnienia wymaga kwestia stosunku zakresu przepisu art. 12 k.r.o. do przepisu art. 15¹ k.r.o. Jeżeli przyczyną stanu wyłączającego świadome wyrażenie woli jest choroba psychiczna lub też niedorozwój umysłowy, wówczas *de facto* mamy do czynienia z dwoma podstawami unieważnienia małżeństwa - z art. 12 k.r.o., gdzie unieważnienia małżeństwa może żądać każdy z małżonków oraz z art. 15¹ § 1 pkt 1 i § 2 k.r.o., na podstawie którego unieważnienia może żądać jedynie ten małżonek, który złożył wadliwe oświadczenie. Jak już wcześniej to opisano, przeszkoda zawarcia małżeństwa przewidziana w art. 12 k.r.o. ma charakter względny, albowiem osoba chora psychicznie może uzyskać zezwolenie sądu na zawarcie związku małżeńskiego. Nie wyklucza to jednak możliwości, iż w chwili składania oświadczenia woli, osoba taka znajdzie się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie woli. Istnienie zezwolenia sądu na zawarcie małżeństwa, powoduje wyłączenie możliwości żądania unieważnienia małżeństwa z powołaniem się na chorobę psychiczną lub niedorozwój umysłowy, zgodnie z unormowaniem art. 12 k.r.o. Okoliczność, iż osoba chora psychicznie uzyskała zezwolenie sądu na zawarcie małżeństwa, nie stanowi przeszkody uniemożliwiającej żądanie przez nią unieważnienia małżeństwa w oparciu o art. 15¹ § 1 pkt 1 k.r.o.; należy się więc powołać na stan wyłączający świadome wyrażenie woli, istniejący w chwili składania oświadczenia woli o wstąpieniu w związek małżeński³⁵⁴.

³⁵³ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 151.

³⁵⁴ *Ibidem*, s. 151.

W praktyce zdarza się, że choroba psychiczna stanowi również przyczynę rozwodu. Każdy z małżonków może żądać, aby sąd orzekł rozwód, jeśli między małżonkami nastąpił zupełny i trwały rozkład pożycia (art. 56 k.r.o.). Chorobę psychiczną należy zaliczyć do niezawinionych przyczyn trwałego rozkładu pożycia³⁵⁵. Jednakże choroba psychiczna małżonka nie wyklucza również możliwości przypisania małżonkowi winy, co potwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 05.01.2001 r.³⁵⁶ Z uzasadnienia przedmiotowego orzeczenia wynika, że możliwe jest przypisanie winy w doprowadzeniu się przez małżonka do stanu wyłączającego możliwość świadomego podjęcia decyzji czy wyrażenia woli. Jeżeli w okresie remisji małżonek odmawia podjęcia leczenia lub utrudnia kontynuowanie podjętego wcześniej leczenia, a jego postawa stanowi przyczynę rozkładu pożycia, to nie ma przeszkód, aby temu małżonkowi przypisać współwinę (lub nawet wyłączną winę w szczególnych sytuacjach) zaistniałego rozkładu.

Koniecznym wydaje się także krótkie przedstawienie w sposób zwięzły problematyki pojawiającej się przy opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym w sprawach małżeńskich. Piśmiennictwo psychiatryczne dotyczące unormowań prawnych zawierania małżeństw i jego ustania jest nieliczne. Niemniej warto przytoczyć kilka wytycznych, które biegli winni brać pod uwagę przy opiniowaniu przedstawionej problematyki:

- możliwość zawarcia małżeństwa przez osobę chorą psychicznie winna być rozważana indywidualnie (rozmowa z drugim uczestnikiem przyszłego małżeństwa musi być znaczącym elementem opinii, co pozwala biegłemu wyjaśnić poziom wiedzy kandydata do związku, stosunku do zaburzeń

³⁵⁵ Wyrok SN z dnia 19.01.1999 r., II CKN 744/98, LEX nr 529706, „Zdarza się, że przyczyny rozkładu pożycia są niezawinione. Taka sytuacja ma miejsce w małżeństwie stron, gdzie przyczyną rozkładu pożycia były urojone pretensje powoda co do niewierności i innego niewłaściwego zachowania żony, wywołane jego chorobą”. Wyrok SN z dnia 28.01.2004 r., IV CK 406/02, LEX nr 529700, „(...) Możliwość przypisania małżonkowi winy w rozkładzie pożycia jest wyłączona w razie jego niepoczytalności, a także w wypadku przemijających nawet zakłóceń psychicznych, jeżeli w tych stanach dopuścił się on działania lub zaniechania, które doprowadziło do powstania zupełnego i trwałego rozkładu pożycia”. Wyrok SN z dnia 06.05.1997 r., I CKN 86/97, LEX nr 529701, teza nr 2 „Nie można byłoby przypisać współmałżonkowi winy za rozkład pożycia, gdyby do stosunku pozamałżeńskiego doszło w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji”. Podobnie: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 08.12.1994 r., I ACr 346/94, OSA 1995/6/42.

³⁵⁶ V CKN 915/00, OSP 2001/6/92.

zachowania chorego psychicznie, jak i rozeznania obowiązków, jakie zdolny jest przyjąć);

- powodzenie przyszłego małżeństwa nie zależy od rodzaju choroby, ale w znacznym stopniu jest uzależnione od osobowości zdrowego współmałżonka, jego dobrej woli, wyrozumiałości, taktu i umiejętności zorganizowania wspólnego życia w taki sposób, aby chory miał możliwość czynnego uczestniczenia w nim (wiele jest osób zdolnych do postaw altruistycznych, przekraczających miarę zdrowego rozsądku, co znakomicie może kompensować niedostatki partnera; nadto należy wziąć pod uwagę również terapeutyczne znaczenie związku);
- czas trwania choroby nie odgrywa roli w przebiegu małżeństwa,
- czynnikami decydującymi o powodzeniu małżeństwa są: sytuacja społeczna, dobre warunki życiowe, opieka oraz kontrola regularnego leczenia się;
- jednym ze sprawdzianów korzystnego przebiegu małżeństwa jest utrzymywanie się chorego małżonka w pracy zawodowej;
- doświadczenia aktualnej sytuacji pary kandydującej do zawarcia związku, tj. istniejące już współżycie, wspólne gospodarstwo, posiadanie potomstwa³⁵⁷.

3. PRAWO KARNE MATERIALNE.

Zasady odpowiedzialności karnej określone są w kodeksie karnym w artykułach 1 - 12. Na zasadnicze pytanie w przedmiocie definicji pojęcia przestępstwa, obowiązujący kodeks karny nie udziela wprost odpowiedzi. Niemniej definicję taką możemy wyprowadzić z analizy i interpretacji przepisów kodeksu karnego, które opisują jej poszczególne elementy składowe. I tak z treści art. 1 § 1 k.k. wynika, iż przestępstwem jest czyn zabroniony (bezprawnie karny) pod groźbą kary

³⁵⁷ D. Hajdukiewicz: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne...*, s. 153-154; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Część II...*, s. 140-145.

przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia³⁵⁸. Dodatkowo, zgodnie z wyjaśnieniem wyrażen ustawowych zawartym w art. 115 § 1 k.k., czyn zabroniony to taki, którego znamiona zostały określone w ustawie karnej. Przy czym, jak wynika z art. 1 § 3 oraz art. 6 k.k., przestępstwem jest tylko czyn zawiniony³⁵⁹. Dodatkowo przepis art. 1 § 2 k.k. precyzuje, że czyn musi być społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy. Połączenie powyżej wskazanych formalnych i materialnych elementów definicji przestępstwa, daje podstawę do przedstawienia pełnej definicji przestępstwa. **Przestępstwem jest czyn człowieka, zabroniony pod groźbą kary przez obowiązującą ustawę określającą jego znamiona, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy.** Podstawowymi elementami powyższej definicji przestępstwa są: czyn człowieka, wypełnianie przez ten czyn określonych w ustawie znamion czynu zabronionego, jego społeczna szkodliwość (a zatem karygodność) oraz wina sprawcy³⁶⁰.

Istotnym elementem przestępstwa jest **wina**. Jak już wcześniej wspomniano, w art. 1 § 3 k.k. wyrażona została jedna z fundamentalnych zasad nowoczesnego prawa karnego, tj. *nullum crimen sine culpa*. Element winy jawi się więc jako niezbędna i jednoznaczna cecha przestępstwa. Winą w prawie karnym jest naganność, z punktu widzenia wymogów tego prawa, stosunku sprawcy do realizacji stanu (odcinka rzeczywistości), który jest objęty znamionami popełnionego przez niego czynu zabronionego³⁶¹. Sensem winy jest zarzucalność określonej umyślności (zamiaru) lub nieumyślności (niezachowania wymaganej ostrożności przy możliwości jej zachowania)³⁶². Zarzucalność ta i przypisanie winy są możliwe tylko wtedy, gdy sprawca w momencie popełnienia czynu zabronionego ma podmiotową zdolność do wymaganego przez prawo zachowania (zdolność do ponoszenia winy), co jest uzależnione od osiągnięcia odpowiedniego poziomu

³⁵⁸ Realizacja zasady *nullum crimen sine lege poenali anteriori*.

³⁵⁹ Realizacja zasady *nullum crimen sine culpa*.

³⁶⁰ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 1997, s. 90; *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, (red.) Giezek J., Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 22-23.

³⁶¹ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 130.

³⁶² *Kodeks Karny. Komentarz*, (red.) Górniok O., Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006, s. 68.

rozwoju (sprawca nie jest nieletni) oraz stanu umysłu pozwalającego na rozpoznanie znaczenia popełnianego czynu i kierowania swoim postępowaniem (poczytalność). Nadto sprawca czynu zabronionego musi posiadać możliwość rozpoznania bezprawności przedsięwziętego czynu; niezawiniona nieświadomość bezprawności czynu wyłącza możliwość przypisania mu winy (tzw. „usprawiedliwiona nieświadomość” bezprawności - art. 30 k.k.)³⁶³. Ostatnim warunkiem dającym możliwość postawienia zarzutu i przypisania winy jest wymagalność zachowania zgodnego z prawem, uzależniona od sytuacji motywacyjnej sprawcy; wyłączona jest zarzucalność winy w takich sytuacjach, jak stan wyższej konieczności, czy też działanie w warunkach rozkazu wojskowego³⁶⁴.

Granice winy są precyzowane w przepisach rozdziału III kodeksu karnego (wyłączający winę stan wyższej konieczności - art. 26 § 2 k.k., usprawiedliwiony błąd co do okoliczności wyłączający bezprawność czynu albo winę - art. 29 k.k. lub co do bezprawności czynu - art. 30 k.k., niepoczytalność - art. 31 k.k.). Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, w dalszej części zostanie przedstawiona problematyka **niepoczytalności**, jako przesłanki wyłączającej winę w art. 31 k.k.

Kodeks karny nie określa poczytalności jako koniecznego warunku odpowiedzialności karnej za przestępstwo, ale opisuje niepoczytalność, będącą zaprzeczeniem poczytalności, jako okoliczność wyłączającą odpowiedzialność karną. Bada się zatem, czy sprawca jest niepoczytalny, a nie czy jest poczytalny. W prawie karnym najważniejszy dla psychiatrii jest przepis zawarty w art. 31 k.k.³⁶⁵ Na podstawie art. 31 § 1 k.k. nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Stan opisany powyżej w języku prawniczym nazywany jest

³⁶³ Na gruncie praktyki psychiatrycznej najczęściej spotyka się chorych psychicznie sprawców posiadających urojenia bezprawności czynu, co skutkuje przyjęciem niepoczytalności. Chory może mieć urojenia, że nie posiadając prawa jazdy albo pomimo faktu jego odebrania, może wciąż prowadzić pojazd, czy też popełniać przestępstwa i wykroczenia drogowe; J. Heitzman: *Schizofrenia na wadze Temidy...*, s. 100-101.

³⁶⁴ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 130-131.

³⁶⁵ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 470.

niepoczytalnością. Jest to termin prawny, abstrakcyjny, trudny do zdefiniowania i obiektywizacji³⁶⁶. Kodeks karny nie definiuje terminu poczytalności, przyjmując jako zasadę, iż człowiek dorosły ma możliwość rozpoznania znaczenia tego co robi i ma możliwość pokierowania swoim postępowaniem, czyli ma możność zachowania się zgodnie z wymogami normy prawnej. Jest więc regułą, że człowiek dojrzały jest zdolny do przypisania mu winy, dlatego też kodeks karny określa przesłanki wystąpienia wyjątku od reguły, czyli niepoczytalności i tym samym braku zdolności do przypisania mu winy³⁶⁷; ewentualnie ustala ograniczenie poczytalności³⁶⁸. Bada się poczytalność sprawcy dopiero wówczas, gdy na tle popełnionego czynu rodzą się **uzasadnione wątpliwości co do stanu (zdrowia) psychicznego sprawcy**³⁶⁹. Z unormowań obowiązującego kodeksu karnego wynika swoiste domniemanie poczytalności sprawcy czynu zabronionego³⁷⁰; przyjęto *a priori*, że poczytalność jest statystyczną regułą i dlatego w toku postępowania karnego nie analizuje się jej ani nie dowodzi³⁷¹. Za poczytalną uznaje się więc osobę, która nie odczuwa zaburzeń psychicznych, która rozumie, co jest nakazane i zakazane przez obowiązujące

³⁶⁶ B. Kolasiński: *Wymagania wymiaru sprawiedliwości wobec biegłych psychiatrów i ich orzeczeń*, Prokurator 2005/1/24, s. 24.

³⁶⁷ U osób niepoczytalnych, przy stanach głęboko zaburzonej świadomości, nie można sensownie mówić o psychicznym sterowaniu. Założenie, że osoba niepoczytalna wykonuje wówczas czyn, jest pewną fikcją skonstruowaną na potrzeby prawa karnego, których celem jest zastosowanie środków zabezpieczających; T. Przesławski, *Studia Iuridica* 2008/48/219, artykuł „Funkcja czynnika psychicznego w konstrukcji czynu zabronionego i formach winy” – teza nr 2.

³⁶⁸ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 114.; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 470.

³⁶⁹ Do okoliczności faktycznych, które mogą uprawdopodobnić występowanie tego rodzaju wątpliwości należą: informacje i dokumenty świadczące o tym, że sprawca ujawniał w przeszłości zaburzenia psychiczne, leczyl się psychiatrycznie, korzystał z pomocy psychologa klinicznego, uległ poważnemu wypadkowi, podczas którego utracił przytomność, czy też po którym zmienił się psychicznie, zaczął się zachowywać w sposób odmienny od swoich utrwalonych, stałych reakcji, schematów i zwyczajów (działanie sprzeczne z osobowością sprawcy). Sytuacja ta może mieć także charakter rozpoczynającego się procesu chorobowego (czyn zabroniony będzie miał wtedy znamiona *delictum initiale*, a więc psychozy, której jednym z pierwszych przejawów jest naruszenie porządku prawnego). Z uzasadnionymi wątpliwościami mamy do czynienia również wtedy, gdy trudno będzie odtworzyć przebieg procesów motywacyjnych sprawcy, a zwłaszcza, gdy brak w nich będzie jasnego, racjonalnego i zrozumiałego wiodącego motywu działania; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 226-227.

³⁷⁰ *Ibidem*, s. 225.

³⁷¹ B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 26; F. Bolechała: *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna-regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2009, tom LIX, Nr 309-319, s. 310.

normy, co jest dobre a co złe oraz jest w stanie dostosować do tych wymogów swoje postępowanie³⁷².

Wskazać należy, iż w art. 31 k.k. ustawodawca zastosował określenia „czas czynu” i „czas popełnienia przestępstwa”³⁷³. **Powyższe wskazuje na nieodłączną zbieżność w czasie dwóch zaszłości, tj. czynu oskarżonego i jego niepoczytalności. Brak możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swym postępowaniem musi bowiem mieć miejsce w chwili jego popełnienia (*tempore criminis, tempore delicti*)³⁷⁴.** Nie ma bowiem znaczenia w aspekcie art. 31 § 1 k.k., czy przed lub po popełnieniu czynu zabronionego występowały u sprawcy zaburzenia o wskazanym charakterze, jeżeli nie stwierdzono ich w czasie popełnienia zabronionego działania albo zaniechania.

Ustawodawca zastosował w przedmiotowej regulacji tzw. mieszaną (psychiatryczno-psychologiczną³⁷⁵, lekarsko-prawniczą³⁷⁶ czy też biologiczno-psychologiczną³⁷⁷) metodę określania niepoczytalności. W metodzie tej istotna jest zarówno geneza tego stanu (biologiczne źródła niepoczytalności), jak skutki zakłócenia (zaburzenia) czynności psychicznych co do świadomości treści zachowania i zdolności podejmowania dotyczących go decyzji³⁷⁸. Jako źródła (przyczyny) niepoczytalności (**człon psychiatryczny**), ustawodawca wskazuje na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe oraz innego rodzaju zakłócenie czynności psychicznych. Następstwem (skutkiem) niepoczytalności jest brak po

³⁷² Kodeks karny. Praktyczny komentarz, (red.) Mozgawa M., Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 85.

³⁷³ W poprzednio obowiązującym kodeksie karnym (art. 25 d.k.k.) użyto pojęć „chwila czynu” i „chwila popełnienia przestępstwa”. Nie jest to zmiana czysto językowa, albowiem „czas czynu” jest pojęciem szerszym w sensie czasowym od pojęcia chwili czynu, ograniczającym się jedynie do samego momentu działania lub zaniechania; odpowiednio dotyczy to czasu popełnienia przestępstwa, które może być bardzo rozpięte pod względem czasowym; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 115.

³⁷⁴ Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, s. 270; wyrok SN z dnia 05.03.2002 r., III KKN 329/99, OSNKW 2002/7-8/63; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28.02.2002 r., II Aka 2/02, KZS 2002/3/24.

³⁷⁵ Metodą tą posługuje się ustawodawca również w kodeksie cywilnym w związku z instytucją ubezwłasnowolnienia. Z kolei omawiany wcześniej kodeks rodzinny i opiekuńczy posługuje się metodą psychiatryczną (art. 12 k.r.o.); J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 67.

³⁷⁶ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 116; A. Marek: *Kodeks karny. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 86.

³⁷⁷ Kodeks karny. Praktyczny Komentarz, s. 85.

³⁷⁸ Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, s. 270; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 67-68.

stronie sprawcy możliwości poznania treści swego czynu lub pokierowania swoim zachowaniem (**człon psychologiczny**)³⁷⁹.

Obydwa człony, psychiatryczny i psychologiczny, wzajemnie się ograniczają. Oznacza to, iż nie każde zaburzenie psychiczne daje podstawę do oceny niepoczytalności, a jedynie takie, które pozbawia sprawcę zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. Brak tych zdolności musi być spowodowany przez zaburzenia określone w członie lekarskim. Co ważne, człon psychologiczny składa się z dwóch alternatywnych czynników, tj. czynnika intelektu (poziomu wydolności intelektualnej) - „rozpoznanie znaczenia swojego czynu” oraz czynnika woli - „możliwość kierowania swoim postępowaniem”. Oznacza to, iż w pewnych przypadkach, pomimo sprawnego intelektu i niezaburzonej świadomości, zaburzenia w zakresie sfery woli zaburzają kierowanie postępowaniem³⁸⁰. Tak więc do uznania niepoczytalności wystarczy zaistnienie jednej z alternatyw kryterium psychologicznego, gdyż przepis mówi o rozumieniu znaczenia czynu **lub** kierowaniu postępowaniem³⁸¹.

³⁷⁹ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 116; A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 152. Kryteria psychologiczne dotyczą więc zarówno poziomu wydolności intelektualnej - „rozpoznanie znaczenia swojego czynu” i wolicjonalnej - „kierowania swoim postępowaniem”. Do stwierdzenia niepoczytalności czy poczytalności ograniczonej wystarczy obecność jednego tylko członu psychologicznego, gdyż przepis mówi o rozumieniu znaczenia czynu „lub” kierowaniu postępowaniem; J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 57.

³⁸⁰ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 116.

³⁸¹ *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 86; B. Kolasieński: *op. cit.*, s. 27; J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 57.

J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki w swoich rozważaniach poddają w wątpliwość przekonanie ustawodawcy o możliwości alternatywnego traktowania obu członów psychologicznego kryterium niepoczytalności. Zabieg taki, w świetle badań nad procesami motywacyjnymi, uznają za postępowanie sztuczne i zbyt teoretyczne. Rozpoznanie znaczenia czynu i kierowanie postępowaniem autorzy uznają za dwa aspekty jednego procesu motywacyjnego, które pozostają ze sobą w ścisłej współzależności. Zawsze bowiem, gdy zaburzona będzie sprawność rozpoznania znaczenia czynu, będzie to znajdowało odbicie w ograniczonych możliwościach kierowania postępowaniem. Równocześnie J. Gierowski i L. K. Paprzycki zauważają jednak, iż kliniczna praktyka opiniodawcza zna przypadki, w których przeciwstawiają się sobie obie zdolności psychologicznego kryterium niepoczytalności. Dotyczy to m.in. sprawców przestępstw seksualnych, którzy przeżywają poważne trudności w kierowaniu swoim postępowaniem przy zachowanych zdolnościach rozpoznania znaczenia czynu; J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 219.

Na marginesie powyższych rozważań warto przytoczyć wątpliwości co do możliwości alternatywnego traktowania obydwu członów psychologicznych niepoczytalności, jakie zaistniały w sprawie Johna Hinckleya (1983), oskarżonego o usiłowanie zabójstwa prezydenta USA Ronalda Reagana. Otóż przy ustalaniu poczytalności sprawcy w chwili dokonywania czynu, oparto się na regule ALI (American Law Institute), która łączy kryterium poznawcze z wolicjonalnym. Kryterium

Do **źródeł niepoczytalności** ustawodawca zaliczył chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe i inne zakłócenie czynności psychicznych. Z punktu widzenia tematyki niniejszej rozprawy, najdonioślejsze znaczenia mają **choroby psychiczne**³⁸², które stanowią najszerszy zespół przyczyn niepoczytalności lub ograniczenia poczytalności sprawcy³⁸³. Mogą one przybierać postać psychoz o podkładzie organicznym (różne formy otępienia, np. starcze, miażdżycowe, porażenie postępujące na tle kiły)³⁸⁴, jak również psychoz o podkładzie nieorganicznym, wśród których najczęstszą przyczynę niepoczytalności stanowić będą schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna i paranoja³⁸⁵. Istotną cechą tych ostatnich jest możliwość występowania różnego stopnia natężenia objawów chorobowych, uzależnionych np. od stadium, w jakim sprawca się znajduje, w tym także stanu remisji, w którym stan zdrowia sprawcy ulega znaczącej poprawie³⁸⁶. **Nie można automatycznie postawić znaku równości pomiędzy stwierdzeniem**

niepoczytalności z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia wg ALI stanowi: osoba nie ponosi odpowiedzialności za popełniony czyn przestępczy, jeśli w czasie jego popełnienia nie była zdolna do rozumienia bezprawności swego postępowania (aspekt poznawczy) albo do dostosowania swojego postępowania do przepisów prawa (aspekt wolicjonalny). Sąd w sprawie Hinckleya uznał, iż oskarżony wprawdzie wiedział, co robi, ale nie był zdolny do pokierowania swoim postępowaniem, został więc uniewinniony na podstawie aspektu wolicjonalnego reguły ALI. W wyniku silnych nacisków politycznych, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i Amerykańskie Towarzystwo Adwokatów zaleciły powrót do stosowania reguły M'Naghtena, a więc posługiwania się wyłącznie kryterium poznawczym. Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarzy poszło nawet dalej, wzywając do wyeliminowania z praktyki procesowej obrony na podstawie niepoczytalności z powodu choroby psychicznej; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 504-510.

³⁸² Stosowane współcześnie klasyfikacje psychiatryczne (ICD-10 i DSM-IV-TR) nie stosują już terminu „choroba psychiczna”, ograniczając się do pojęcia zespołu psychopatologicznego, traktowanego jako podstawowe i jedyne rozpoznanie nozologiczne. K. Gierowski i L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 73-74.

³⁸³ B. Hołyst: *Psychologia kryminalistyczna*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2004, s. 512. Warto podkreślić, iż w systemach diagnostyczno-klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM-IV zrezygnowano z pojęcia choroby psychicznej, zastępując je terminem „zaburzenia psychiczne”.

³⁸⁴ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 152.

³⁸⁵ Także zaburzenia osobowości, nerwice oraz niektóre dewiacje seksualne; F. Bolechała: *op. cit.*, s. 311.

³⁸⁶ Szczególnie dotyczy się to psychozy maniakalno-depresyjnej, przy której okresy remisji mogą trwać nawet do kilku lat. Popełnienie czynu zabronionego przez sprawcę dotkniętego tym schorzeniem w okresie remisji stanowi poważny problem - tak dla opiniującego psychiatry, jak i dla rozstrzygającego sprawę sądu. Co oczywiste, okres remisji dotyczy tylko choroby psychicznej, a nie upośledzenia umysłowego, które - mając charakter trwały - nie może ustąpić, ani innego zakłócenia czynności psychicznych, które ustępują miejsca stanowi pełnoprawności psychicznej. Zważyć należy, iż zaburzenia psychotyczne podlegają dynamice zmian, zaś samej remisji nie należy utożsamiać z całkowitym wyleczeniem. Każdy przypadek stanu remisji jest niepowtarzalny i wymaga indywidualnej oceny; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 233, 236.

choroby psychicznej sprawcy a stwierdzeniem niepoczytalności; choroba psychiczna może stanowić genezę niepoczytalności, lecz sama przez się nie jest z nią równoznaczna³⁸⁷. Sprawca czynu, który jest chory psychicznie, może więc znajdować się w czasie popełnienia przestępstwa w stanie pozwalającym na rozpoznanie znaczenia czynu i kierowanie swoim postępowaniem. Z chorobami psychicznymi nie należy mylić psychopatii, będącej zaburzeniem w sferze popędów i woli (anomalią osobowości o charakterze wrodzonym bądź nabytym). W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się bowiem, że psychopatia (obecnie zastąpiona terminami osobowości „nieprawidłowej”, „dysocjalnej” czy „antyspołecznej”³⁸⁸) nie dotyka głęboko intelektu i nie powoduje niepoczytalności, ponieważ nie zachodzi wówczas ograniczenie zdolności intelektualnych sprawcy, a jedynie odchylenie normy w zakresie charakteru³⁸⁹. Niemniej psychopatia może w poważnym stopniu ograniczyć zdolność do kierowania przez sprawcę swoim postępowaniem, tj. powodować skutki określone w art. 31 § 2 k.k. Ocena w tym zakresie wymaga wiadomości specjalnych i należy do zadań biegłych lekarzy psychiatrów³⁹⁰.

Upośledzenie umysłowe jako przyczyna niepoczytalności zastąpiło termin niedorozwoju umysłowego (oligofrenii), którym posługiwał się poprzednio obowiązujący kodeks karny z 1969 r., co uczyniło zadość postulującym tę zmianę psychiatrom³⁹¹. Niedorozwój umysłowy był pojęciem węższym, obejmującym upośledzenie intelektu, którego przyczyną były m.in. idiotyzm i głuptactwo

³⁸⁷ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 270-271. Jednakże SN w wyroku z dnia 13.07.2005 r. (IV KK 85/05, OSNwSK 2005/1/1355) przyjął pogląd, zgodnie z którym sprawca, który w chwili czynu dotknięty był schizofrenią nawet o lekkim przebiegu, jest niepoczytalny. Również w przypadku braku wyraźnych objawów psychotycznych, ale przy stwierdzonym defekcie w postaci zubożenia, beczynności, zblednięcia emocjonalnego, czy zaznaczonych dziwacznością w zachowaniu się, należy orzec niepoczytalność.

³⁸⁸ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 140.

³⁸⁹ Osoby psychopatyczne charakteryzują się m.in. spłyceniem emocjonalnym, brakiem wyrzutów sumienia, poczucia winy i empatii, szeregiem antispołecznych zachowań, w tym skłonności do przemocy, nagłymi wybuchami i niekontrolowaną agresją, brakiem zdolności do nawiązywania bliskich związków uczuciowych z innymi ludźmi, deficytem poczucia lęku; *ibidem*, s. 141.

³⁹⁰ A. Marek: *Kodeks karny...*, s. 86; *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 85-86.

³⁹¹ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 115. Aktualnie w nauce dominuje pojęcie „niepełnosprawności intelektualnej”, które zastąpiło wszystkie używane do tej pory terminy i definicje. Niemniej obowiązujące klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV-TR, wciąż posługują się nazewnictwem „upośledzenie umysłowe”; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 111-112.

(imbecylizm)³⁹². Natomiast zakres upośledzenia umysłowego obejmuje zarówno niedorozwój umysłowy, który jest stanem wrodzonym, jak i upośledzenie umysłowe nabyte w dalszym życiu, np. w wyniku urazów mózgu, czy starzenia się organizmu³⁹³. Upośledzenie polega na obniżeniu ogólnej sprawności intelektualnej oraz na istnieniu znaczących trudności w zakresie uczenia się i adaptacji społecznej. Następstwem upośledzenia, wskutek niedostatku funkcji poznawczych, jest niedostępność rozumienia mniejszych bądź większych obszarów rzeczywistości, jak również upośledzenie kontroli emocji³⁹⁴. Poza tym w ocenie stopnia upośledzenia bierze się pod uwagę poziom funkcjonowania społecznego danej osoby³⁹⁵.

Inne zakłócenia czynności psychicznych są grupą niejednorodną, obejmującą te wypadki, które nie mogą być zakwalifikowane do grup poprzednich, przy czym mogą one mieć źródło patologiczne, jak i niepatologiczne³⁹⁶. Do stanów patologicznych zaliczyć możemy np. zapalenie opon mózgowych, cukrzycę, stany lękowe związane ze stresem, głębokie zaburzenia osobowości, zaburzenia popędowe (w tym niektóre dewiacyjne zachowania seksualne), nowotwory mózgu, chorobę Alzheimera. Niepatologiczne obejmują takie stany fizjologiczne, jak okres dojrzewania płciowego (adolescencji), menstruacja, ciąża, poród, skrajne zmęczenie organizmu, hipnoza, stan posthipnotyczny, szczególnie silnie wyrażone emocje

³⁹² A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 152.

³⁹³ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 271; A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 179; F. Bolechała: *op. cit.*, s. 311. Do podstawowych grup zaburzeń niepełnosprawności intelektualnej zalicza się: zaburzenia warunkowane genetycznie (np. Zespół Downa), całościowe zaburzenia rozwoju (np. autyzm dziecięcy), zaburzenia neurologiczne (np. padaczki, mózgowie porażenie dziecięce), stany po infekcjach okresu prenatalnego (np. objawowa toksoplazmoza wrodzona), choroby metaboliczne (np. mukopolisacharydoza) i inne (np. alkoholowy zespół płodowy); J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 117.

³⁹⁴ Ogólne warunki rozpoznania wymagają, aby w przypadku osoby ujawniającej omawiane zaburzenie, funkcjonowanie intelektualne było istotnie niższe od przeciętnego, a dodatkowo współwystępowały deficyty i upośledzenie zdolności przystosowania się w co najmniej dwóch obszarach: komunikacji, zaradności osobistej, prowadzenia domu, umiejętności społecznych i interpersonalnych, samostanowienia, umiejętności uczenia się, pracowania, wypoczywania, dbania o zdrowie i bezpieczeństwo; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 112.

³⁹⁵ Podstawą do stwierdzenia obniżenia sprawności intelektualnej jest test do mierzenia inteligencji (zazwyczaj stosuje się test Wechsler-Bellevue), za pomocą którego mierzy się zarówno sprawność werbalną, pamięć, jak i umiejętność syntezy, analizy, a także rozumienia pewnych sytuacji społecznych.; *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 85-86; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Cz. I...*, s. 57.

³⁹⁶ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 153.

(silne wzburzenie³⁹⁷, gniew, przerażenie, rozpacz)³⁹⁸ oraz psychozy infekcyjne lub intoksykacyjne, stany zaburzeń przytomności, psychogenne stany zamroczeniowe, w tym stany wyjątkowe: upojenie patologiczne, upojenie senne, afekty patologiczne³⁹⁹.

Od zaburzeń związanych z patologią czynności psychicznych należy odróżnić **silne wzburzenie (afekt fizjologiczny⁴⁰⁰)**, które jest podstawą przewidzianego w art. 148 § 4 k.k. złagodzenia odpowiedzialności (sankcji karnej) za dokonanie zabójstwa⁴⁰¹. Co należy rozumieć przez afekt fizjologiczny? Afekt opisuje się jako gwałtowny wybuch, totalny wstrząs, poryw emocjonalny, eksplozję afektywną, reakcję wybuchową, sytuację, gdy człowiek stracił panowanie nad sobą, „stracił głowę”⁴⁰². Z kolei szukając odpowiedzi na powyższe pytanie, w orzecznictwie, wyłania się następujące jego rozumienie: istota silnego wzburzenia (afektu fizjologicznego) charakteryzuje się tym, iż przeżywany przez sprawcę proces

³⁹⁷ Do innych zakłóceń czynności psychicznych wpływających na ocenę poczytalności sprawcy przestępstwa zaliczyć należy nie tylko zakłócenie patologiczne, ale i stany fizjologiczne, także stan silnego wzburzenia, który może znacznie ograniczać zarówno możliwość rozpoznania znaczenia czynu jak i pokierowanie postępowaniem; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 07.09.2005 r., II AKa 117/05, KZS 2005/10/24.

³⁹⁸ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 470.

³⁹⁹ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 120. Niektórzy autorzy do źródeł zakłóceń czynności prowadzących do niepoczytalności zaliczają również psychopatie. Niemniej problematyka ta budzi zasadnicze wątpliwości nie tylko na gruncie psychiatrii i psychologii, ale także w orzecznictwie i piśmiennictwie prawniczym; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 120.

⁴⁰⁰ Używane przez biegłych psychiatrów określenie „afekty” nie jest tożsame z pojęciem „silnego wzburzenia” z art. 148 § 4 k.k. Owe „afekty” to określenie medyczne, którym nauka psychiatrii oznacza słabo zintelektualizowane uczucia proste, jak gniew, lęk, rozpacz, radość, a nie afekt fizjologiczny, znamieny dla silnego wzburzenia; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.10.2008 r., II AKa 133/08, KZS 2008/11/51.

Afekt patologiczny określany jako ostra, krótkotrwała choroba psychiczna, jest niewspółmierny do bodźca, ma burzliwy przebieg z gwałtownym i impulsywnym wyładowaniem ruchowym o charakterze agresywnym (tzw. „krótkie spięcie”), w trakcie którego następuje silne zwężenie i przymglenie strumienia świadomości (aż do wartości zerowej, prowadzący do osłabienia lub zerwania związku z rzeczywistością. Po jego ustąpieniu pojawia się apatia, wyczerpanie, znużenie przechodzące w sen (niekiedy terminalny), a całość jest objęta częściową lub nawet całkowitą niepamięcią; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 476; J. Przybysz: *Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 284-285.

⁴⁰¹ Art. 148 § 4 k.k. „Kto zabija człowieka pod wpływem silnego wzburzenia usprawiedliwionego okolicznościami, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”. Zabójstwo z afektu należy do tzw. uprzywilejowanych typów zabójstwa, które różni się od zabójstwa w typie podstawowym dwoma znamionami szczególnymi dotyczącymi strony podmiotowej (silne wzburzenie) oraz przedmiotowej (usprawiedliwiające okoliczności); A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii ...*, s. 429.

⁴⁰² J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 476.

emocjonalny, wynikły ze szczególnej sytuacji motywacyjnej, ogranicza kontrolującą działalność intelektu⁴⁰³ i dominuje nad intelektualnymi przeżyciami⁴⁰⁴. Sprawca pozostający pod jego wpływem nie kieruje się przesłankami rozumowymi, a wyłącznie względami uczuć, niczym nie hamowanymi⁴⁰⁵. Taki stan emocjonalny stanowi wynik indywidualnych odczuć sprawcy, zależnych od jego odporności psychicznej, temperamentu, umiejętności panowania nad sobą oraz innych wrodzonych lub nabytych właściwości indywidualnych⁴⁰⁶. Zastosowanie jednak tej instytucji prawnej do konkretnego sprawcy jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy silnemu wzburzeniu nie towarzyszą przesłanki negatywne, jak nietrzeźwość⁴⁰⁷, dysproporcja pomiędzy czynem przestępnym a doznany bodźcem uczuciowym (krzywdą), niedostateczny stopień wzburzenia, a w szczególności brak usprawiedliwienia dla powstania stanu silnego wzburzenia w okolicznościach zdarzenia⁴⁰⁸. L. Paprzycki zwrócił uwagę na fakt niekonsekwentnego orzecznictwa Sądu Najwyższego, doktryny, poglądów psychologów i psychiatrów co do

⁴⁰³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 20.10.2009 r., II AKa 201/09, KZS 2010/1/47; wyrok SN z dnia 02.02.1973 r., IV KR 392/72, OSNPG 1973/8/114; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 04.10.2006 r., II AKa 127/06, LEX nr 283389.

⁴⁰⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 09.09.2009 r., II AKa 149/09, POSAG 2010/1/181.

⁴⁰⁵ Wyrok SN z dnia 09.07.1968 r., IV KR 110/68, OSP 1970/4/70.

⁴⁰⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 09.09.2009 r., II AKa 28/09, LEX nr 534429.

W sytuacji działania sprawcy czynu zabronionego w stanie silnego wzburzenia, diagnoza psychologiczna musi uwzględnić procesy opisywane przez psychologię stresu, na którą składają się: percepcja sytuacji traumatycznej przez badanego, pierwotna i wtórna ocena stresu, uruchomione w ramach radzenia sobie ze stresem style i strategie, typ regulacji emocji wywołanych przez stres oraz stopień kontroli. Dodatkowo należy również uwzględnić sytuacyjne tło motywacyjne, na które składają się zewnętrzne czynniki, mające bądź to charakter sytuacji ciągłej, bądź też bezpośrednio poprzedzające analizowane zachowanie; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 244-245.

⁴⁰⁷ Zastosowanie art. 148 § 4 k.k. wobec osoby działającej w stanie nietrzeźwości co do zasady jest wprawdzie możliwe, ale tylko wówczas, gdy silne wzburzenie usprawiedliwione okolicznościami mogłoby powstać również bez odurzenia alkoholowego; wyrok SN z dnia 27.03.1984 r., II KR 61/86, OSNPG 1986/11/144; teza nr 2 wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14.01.2005 r., II AKa 109/05, LEX nr 156336.

⁴⁰⁸ „(...) Niezbędne jest uznanie, iż wzburzenie w sposób istotny przewyższa przeciętne wzburzenie wywołane typowymi okolicznościami popychającymi sprawcę do popełnienia przestępstwa z dominacją przeżyć emocjonalnych na intelektualnymi, będącymi gwałtowną reakcją na zdarzenia zewnętrzne i aby owe silne wzburzenie było usprawiedliwione okolicznościami”; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie, II AKa 176/09, LEX nr 550490. Podobnie teza nr 2 postanowienia SN z dnia 07.03.2008 r. (V KK 355/07, LEX nr 370303) „Silne wzburzenie usprawiedliwione okolicznościami to tylko takie, które w ocenach społecznych może zasługiwać na pewne zrozumienie z punktu widzenia zasad moralnych (...) Musi zatem zaistnieć pewna adekwatność pomiędzy czynem a tą krzywdą, którą odczuł sprawca, „rozsądna” proporcja pomiędzy nią, a tym, czego od dokonał”.

konieczności obligatoryjnego opiniowania psychologiczno-psychiatrycznego w zakresie „silnego wzburzenia”. Jego zdaniem, dla ustalenia afektu fizjologicznego czy patologicznego, konieczne są „wiadomości specjalne”, co zobowiązuje sąd do zasięgnięcia opinii biegłego psychologa i psychiatry⁴⁰⁹.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia kwestia zbiegu „silnego wzburzenia” w związku z popełnieniem przestępstwa zabójstwa, a więc zagadnienia wzajemnej relacji przepisów art. 148 § 4 k.k. i art. 31 k.k. Powstaje bowiem wątpliwość, czy wobec sprawcy zabójstwa z afektu, którego poczytalność była ograniczona w znacznym stopniu, jest możliwe zastosowanie nadzwyczajnego złagodzenia kary (art. 25 § 2 k.k.). Według A. Marka, jeżeli ograniczenie poczytalności jest bezpośrednim następstwem silnego wzburzenia, to zastosowanie nadzwyczajnego złagodzenia kary nie ma uzasadnienia, albowiem te same okoliczności nie mogą dwukrotnie działać na korzyść sprawcy. Natomiast w przypadku, gdy ograniczenie poczytalności zostało wywołane innymi przyczynami aniżeli silne wzburzenie, wobec sprawcy odpowiadającego na podstawie art. 148 § 4 k.k. zastosować można nadzwyczajne złagodzenie kary, z uwagi na znaczne ograniczenie jego poczytalności⁴¹⁰.

Przechodząc do omówienia **następstw źródeł niepoczytalności** należy wskazać, iż nieodłącznym elementem pojęcia niepoczytalności są wywołane ww. przyczynami następstwa w psychice sprawcy, polegające na braku zdolności rozpoznania znaczenia swego czynu lub niemożności kierowania swoim postępowaniem⁴¹¹. Nie można więc mu przypisać winy, o ile skutki te występują

⁴⁰⁹ L. K. Paprzycki: *Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym oraz w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2006, s. 130-131.

⁴¹⁰ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 431. Podobnie: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20.10.2009, II AKa 182/09, KZS 2009/12/60. Warto jednakże zauważyć, iż w środowisku psychologów i psychiatrów sądowych panuje coraz powszechniejsze przekonanie, iż silne wzburzenie należy traktować jako „inne zakłócenie czynności psychicznych”, które może stanowić (w przypadku znacznego nasilenia) przesłankę do analizy stopnia poczytalności sprawcy. Zatem sytuacja, w której sprawca działał w stanie silnego wzburzenia i kwalifikowany jest z powodu zabójstwa uprzywilejowanego (art. 148 § 4 k.k.), może spełniać przesłanki do zastosowania przepisów o poczytalności znacznie ograniczonej (art. 31 § 2 k.k.); J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 478.

⁴¹¹ O tym, czy sprawca w chwili czynu miał wyłączoną bądź w znacznym stopniu ograniczoną poczytalność nie może decydować fakt wcześniejszego podjęcia próby samobójczej, ale taki stan

w chwili popełnienia czynu zabronionego⁴¹². **Nieemożność rozpoznania znaczenia czynu** może polegać na tym, iż sprawca nie zdaje sobie sprawy z tego, co czyni (np. nie dostrzega, że swym działaniem zabija człowieka, gdyż nie potrafi rozpoznać związku przyczynowego między tym, co robi, a jego skutkiem - śmiercią ofiary). Nieemożność ta polegać może również na tym, iż sprawca nie jest w stanie prawidłowo ocenić tego, co czyni (np. zabijając człowieka przekonany jest – w następstwie choroby psychicznej, że w ten sposób ratuje się przed czyhającym na jego życie prześladowcą)⁴¹³. W tym przypadku chory psychicznie rozpoznaje istotę czynu i dostrzega, że zabił, niemniej nie rozumie swego czynu w płaszczyźnie prawnej i społecznej. Tak więc zdolność rozpoznania znaczenia czynu dotyczy zarówno jego znaczenia prawnego (jest to czyn zabroniony), jak i faktycznego (przykładowo sprawca może nie uświadamiać sobie, że uderzeniem noża może wyrządzić drugiemu szkodę) i odnosi się do poznawczego aspektu procesu motywacyjnego (intelektualno-rozumowego), przy czym zdolność ta oznacza nie tyle stałą właściwość omawianych procesów, co ich stan w czasie popełnienia konkretnego czynu⁴¹⁴.

Z kolei **brak zdolności pokierowania swoim postępowaniem** polega na braku zdolności do podjęcia decyzji o określonym zachowaniu się i poddaniu zachowania kontroli intelektualnej. Pojęcie to w świetle wiedzy psychologicznej odnosi się do tzw. sfery wolicjonalnej psychiki, a więc dotyczy procesów decyzyjnych, tj. czynności polegających na wyborze określonego działania ze zbioru działań możliwych⁴¹⁵.

zdrowia psychicznego, który wyłącza bądź w znacznym stopniu ogranicza możliwość rozpoznania znaczenia czynu bądź pokierowania swym postępowaniem; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17.04.2008 r., II AKa 78/08, LEX nr 399953.

⁴¹² A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 153.

⁴¹³ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 272.

⁴¹⁴ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 217-218.

⁴¹⁵ *Kodeks karny. Praktyczny komentarz*, s. 86-87; F. Bolechała: *op. cit.*, s. 310.

Współczesna psychologia nie może opierać się na założeniu, że czyn przestępny jest rezultatem „wolnej woli” czy „swobodnego wyboru” ze strony sprawcy, co ma decydować dopiero o jego winie. Wybór dokonywany przez człowieka nigdy nie jest w pełni „swobodny”, cechuje go różny poziom uświadomienia, jest zdeterminowany, z jednej strony sytuacją, a z drugiej mechanizmami jego osobowości; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 218-219.

Poczytalność i niepoczytalność jawią się więc jako dwa przeciwstawne stany psychiczne sprawcy czynu zabronionego. Pomiedzy pełną poczytalnością sprawcy a jego niepoczytalnością występują także stany pośrednie, w których poczytalność nie jest całkowicie wyłączona, a jedynie ograniczona. Stany te charakteryzują się różnym nasileniem odchyień, poczynając od nieznacznych odchyień *in minus* od normalnej psychiki, a kończąc na stanach, w których zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem (a nawet obydwie te zdolności) są w znacznym stopniu ograniczone. **Stan ograniczonej poczytalności** sprawcy w czasie popełnienia przestępstwa podlegać może stopniowaniu - od stanu bliższego wyłączeniu poczytalności, do stanu poczytalności ograniczonego w stopniu nieznacznym. Ograniczonej poczytalności dotyczy przepis art. 31 § 2 k.k. - „jeśli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”. Ograniczenie poczytalności, niezależnie od jego stopnia, nie wyłącza jednak winy, a jedynie zmniejsza jej stopień. Ma oczywiście wpływ na karalność, nawet z możliwością fakultatywnego nadzwyczajnego złagodzenia kary⁴¹⁶ w przypadku znacznego stopnia niepoczytalności⁴¹⁷. Sprawca działający w stanie znacznie ograniczonej poczytalności dopuszcza się przestępstwa (w przeciwieństwie do sprawcy niepoczytalnego), ale jego wina jest *ex definitione* zmniejszona⁴¹⁸. Tak więc czyn sprawcy popełniony w stanie ograniczonej poczytalności (w znacznym stopniu), nadal jest czynem bezprawnym i zabronionym pod groźbą kary przez obowiązującą ustawę, jak również zawinionym; ograniczona w znacznym stopniu poczytalność jest stanem rzutującym na ustalenie gradacji zawinienia. Im stopień ograniczenia poczytalności sprawcy jest bardziej zbliżony do

⁴¹⁶ Nieuzasadnione jest jednak oczekiwanie, by sprawcom działającym w warunkach art. 31 § 2 k.k. zawsze (a choćby tylko w zasadzie), wymierzać kary w najniższym ustawowym wymiarze, bądź nawet kary nadzwyczajnie złagodzone. Przy wymiarze kary różnica między sprawcą ułomnym a pełnowartościowym psychicznie polega na tym, że owa ułomność uzasadnia jedynie wydatne złagodzenie kary na tle całokształtu uwzględnionych okoliczności, a więc wymierzenie kary łagodniejszej, niżby ją orzeczono, gdyby okoliczność ta nie zachodziła; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29.03.2001 r., II AKa 82/01, KZS 2002/2/48.

⁴¹⁷ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii ...*, s. 153; *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 272-273.

⁴¹⁸ B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 28.

prawie całkowitego jej zniesienia, tym zakres uwzględnienia tego faktu przy wymiarze kary powinien być szerszy, a im stopień ten jest bliższy stanowi normalnemu lub ograniczeniu poczytalności w stopniu nieznacznym, tym zakres uwzględnienia tego faktu na korzyść sprawcy powinien być węższy⁴¹⁹. Ograniczona w znacznym stopniu poczytalność sprawcy stanowi istotną okoliczność łagodzącą, a podstawą zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary może być tylko wtedy, gdy okoliczność ta, zestawiona z innymi (obciążającymi i łagodzącymi), prowadzi do wniosku o niewspółmiernej surowości najniższej kary za dane przestępstwo, co wynika z istoty instytucji nadzwyczajnego złagodzenia⁴²⁰. Co więcej, z treści art. 31 § 2 k.k. nie wynika, że w wypadku ograniczonej poczytalności, nadzwyczajne złagodzenie kary stanowi regułę. Rozstrzygnięcie o zastosowaniu dobrodziejstwa wynikającego z art. 31 § 2 k.k. jest rozstrzygnięciem w kwestii wymiaru kary i jako takie musi uwzględniać wszystkie ogólne dyrektywy wymiaru kary zawarte w art. 53 k.k., czyli również cele kary w zakresie jej społecznego oddziaływania⁴²¹. Istotna jest również inna kwestia. Otóż stwierdzona w postępowaniu karnym ograniczona w znacznym stopniu zdolność sprawcy rozpoznania znaczenia czynu, jak i pokierowania swoim zachowaniem, skutkująca nadzwyczajnym złagodzeniem kary, nie wyłącza cywilnoprawnej odpowiedzialności sprawcy (art. 425 k.k.) za skutki popełnionego przestępstwa⁴²².

Chociaż kodeks karny nie wymienia przesłanek medycznych w zastosowaniu przepisów o zmniejszonej poczytalności (art. 31 § 2 k.k.), przyjmuje się, iż są one identyczne jak w § 1, lecz o mniejszym jakościowym i ilościowym natężeniu⁴²³. Chodzi więc tu o te same źródła zakłóceń psychicznych (patologiczne lub niepatologiczne), które jednak nie są na tyle nasilone lub takiej jakości, aby znosiły

⁴¹⁹ Wyrok SN z dnia 10.04.1975 r., II KR 356/74, LEX nr 21673; B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 28.

⁴²⁰ Wyrok SN z dnia 20.04.1977 r., V KR 52/77, OSNKW 1977/7-8/83.

⁴²¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 08.01.2008 r., II AKa 243/07, KZS 2009/5/54.

⁴²² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18.07.2003 r., I ACa 1652/02, LEX nr 106891.

⁴²³ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 470. Zdaniem J. Przybysza, przesłanki kliniczne ograniczenia w stopniu znacznym zdolności rozpoznania czynu lub pokierowania swoim postępowaniem są szersze niż przesłanki kliniczne wymienione w art. 31 § 1 k.k. i mogą obejmować nie tylko zaburzenia psychiczne, ale również różne przemijające stany zakłóceń czynności psychicznych, w zasadzie fizjologiczne; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Cz. I...*, s. 57.

całkowicie zdolność (możliwość) rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, lecz ograniczały ją w stopniu znacznym⁴²⁴. Ograniczoną poczytalność stwierdzić można zatem w stanach lżejszych stopni upośledzenia umysłowego, wyjątkowo w okresie *lucidum intervallum* (przejaśnienia świadomości), w psychozach afektywnych, w niektórych zespołach psychoorganicznych z rozpoczynającym się otępieniem lub wyraźnymi zmianami charakterologicznymi. Tu znajdują się również przypadki średnio nasilonych zaburzeń psychicznych, będących skutkiem chorób zakaźnych mózgu, jak również zaburzenia osobowości o dużym nasileniu lub współistniejące z innymi zaburzeniami psychicznymi⁴²⁵. Oprócz wyżej wskazanych, podstawę do oceny poczytalności ograniczonej w znacznym stopniu mogą dawać również takie zaburzenia sprawcy, jak stany silnych afektów na podłożu patologicznym czy otępienie umysłowe, nie tyle jednak nasilone, by dawały podstawę do oceny poczytalności zniesionej, choć już ograniczające ją w stopniu znacznym. Biegły, przy opiniowaniu o poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym, stwierdza ją wówczas, gdy istnieje związek przyczynowo-logiczny pomiędzy sytuacją a działaniem sprawcy, ale stosunki ilościowe tej zależności są zasadniczo zaburzone⁴²⁶. Obniżony jest krytycyzm sprawcy, racjonalny wgląd w przeżycia determinujące własne zachowania, upośledzona zdolność samokontroli wybitnie ograniczająca możliwość wyboru form zachowania, a reakcje afektywne przekraczają stosowną do bodźca miarę. Zjawiska te winny być nasilone znacznie, a u ich podłoża leżeć uchwytnie i określone (czasami

⁴²⁴ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 117; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 220-221.

⁴²⁵ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 470.

⁴²⁶ Specjalistyczne ustalenie stopnia ograniczenia poczytalności bez udziału biegłych, przede wszystkim psychiatrów i psychologa, w niektórych przypadkach także seksuologa (w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych- art. 202 § 3 k.p.k.) oraz lekarzy innych specjalności i innych biegłych, nie jest możliwe. Stąd też J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki stoją na stanowisku, iż oddanie takiego ustalenia zawsze w ręce psychiatrów (art. 202 i 203 k.p.k.), wyjątkowo w ręce lekarza seksuologa, a tylko z fakultatywnym (na wniosek opiniujących w sprawie psychiatrów) udziałem psychologa, za błąd ustawodawcy. Zdaniem autorów, ustalenie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego winno być udziałem dwóch psychologów, którzy w zależności od stwierdzonego charakteru źródła zakłócenia czynności psychicznych, wnioskowaliby ewentualnie o włączenie do opiniowania psychiatry, seksuologa bądź neurologa; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 222, s. 231-232, s. 275-295.

domyślnie), odchylenia od normy psychicznej bądź zakłócenia funkcji psychicznych⁴²⁷.

W świetle powyższego, niezwykle istotne znaczenie dla określenia wysokości kary ma stwierdzenie okoliczności wymienionych w art. 31 k.k.; decydują bowiem o możliwości przypisania sprawcy zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej bądź ewentualnie o umniejszeniu winy. *Niepoczytalność i poczytalność stanowią dwa przeciwstawne bieguny w ocenie stanu psychicznego sprawcy (...) Osoba o ograniczonej poczytalności jest odpowiedzialna za popełnione przez nią przestępstwo, przy czym może być ukarana łagodniej niżby to wynikało z sankcji przepisu szczególnego ustawy karnej. Dlatego też obowiązkiem sądu (...) w wypadku podejrzenia zaistnienia tego rodzaju anomalii (...) jest poczynienie dokładnych w tym kierunku ustaleń za pomocą biegłych psychiatrów i wyciągnięcie z nich wniosków*⁴²⁸. Jeżeli więc przyjąć, że okoliczności wymienione w art. 31 k.k. determinują bądź możliwość przypisania sprawcy zawinienia (a co za tym idzie, uczynienia go podmiotem zdatnym do ponoszenia odpowiedzialności karnej), bądź decydują o umniejszonym stopniu zawinienia, to w świetle dyrektyw wymiaru kary wynikających z przepisu art. 53 § 1 k.k., wspomniana okoliczność musi mieć kardynalne znaczenie dla właściwego określenia wysokości kary⁴²⁹.

Jak już wcześniej wspomniano, niepoczytalność oraz ograniczona w znacznym stopniu poczytalność sprawcy musi zachodzić w chwili czynu, a więc w chwili działania bądź zaniechania, do którego sprawca był zobowiązany⁴³⁰.

⁴²⁷ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa*. Cz. I., s. 58.

Konstrukcja znacznie ograniczonej poczytalności z perspektywy współczesnej psychologii i psychiatrii, sprawia obiektywne trudności. Związane jest to z trudnościami w zobiektywizowaniu psychologicznych kryteriów niepoczytalności czy też poczytalności ograniczonej. Psychologia kliniczna, sądowa czy też psychiatria sądowa nie dysponują bowiem obiektywnymi narzędziami czy metodami, które pozwalałyby mierzyć stopień nasilenia, z jakim zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem ulega ograniczeniu. Zdecydowanie łatwiej jest oceniać brak takich zdolności (ich zniesienie), czy też ewentualne zachowanie (pełna poczytalność) niż nasilenie (znaczące ograniczenie). Ocenianie stopnia poczytalności sprawcy czynu zabronionego to nadzwyczaj skomplikowane retrospektywne postępowanie diagnostyczne, wymagające zachowania i zastosowania bardzo wysokich standardów badawczych, wiedzy i doświadczenia klinicznego; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 224.

⁴²⁸ Wyrok SN z dnia 16.11.1973 r., III KR 257/73, LEX nr 21585.

⁴²⁹ Teza nr 1 wyroku SN z dnia 03.09.2002 r., V KKN 355/01, LEX nr 55215.

⁴³⁰ Wyrok SN z dnia 13.01.1978 r., V KR 183/77, OSNPG 1978/7/76, Teza nr 2 postanowienia SN z dnia 18.02.2009 r., IV KK 306/08, Biul. PK 2009/5/32.

Ewentualne więc pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego sprawcy spowodowane znacznym upływem czasu od daty wydania opinii, powodujące możliwość ustalenia całkowitej niepoczytalności zamiast wcześniej ustalonej poczytalności ograniczonej, nie może mieć wpływu na ocenę poczytalności oskarżonego w chwili czynu, a zatem nie może prowadzić do zmiany kwalifikacji z art. 31 § 1 k.k. na art. 31 § 2 k.k.⁴³¹ O poczytalności sprawcy w chwili popełnienia przestępstwa nie można wnioskować na podstawie stanu umysłowego w czasie rozprawy głównej przed sądem⁴³².

Warto zauważyć, iż w świetle treści przepisu art. 31 § 3 k.k.⁴³³, **stan nietrzeźwości alkoholowej lub odurzenia innymi substancjami psychoaktywnymi**, niezależnie od jego głębokości i formy, nie wyłącza ani nie ogranicza odpowiedzialności karnej, bez względu na to, w jaki sposób alkohol lub środek odurzający wpływał na poczytalność sprawcy⁴³⁴. Z treści art. 31 § 3 k.k. wynika

Należy jednak zauważyć, iż „czas czynu” (art. 6 § 1 k.k.) obejmuje nie tylko moment działania albo zaniechania, lecz również, w wielu przypadkach, większy okres czasu. W przypadku czynów trwających dłuższy czas (np. w sytuacji realizacji zamiaru pozbawienia życia w wyniku długotrwałego głodzenia ofiary lub jej dręczenia przed ostatecznym pozbawieniem jej życia, przestępstwa wiele lat trwającego znęcania się, niealimentacji), problematyka ustalenia wystąpienia zakłócenia czynności psychicznych w czasie czynu okazuje się bardzo skomplikowana. Ogólnie rzecz biorąc, we wszystkich przypadkach przestępstw rozciągniętych w czasie, gdy stan psychiczny sprawcy uległ zmianie, sprawcy czynu zabronionego nie może być przypisany ten fragment czynu, który był popełniany w stanie niepoczytalności. W przypadku ciągu przestępstw (art. 91 k.k.), ocena stanu poczytalności będzie dotyczyła odrębnie czasu popełnienia każdego czynu. W przestępstwach wieloszynowych i czynów ciągłych (art. 12 k.k.) ocena musi dotyczyć całości przestępstwa, a więc czasu wszystkich zachowań (te objęte niepoczytalnością podlegają wyłączeniu). W przypadku przestępstw skutkowych, ocena będzie dotyczyła tylko czasu działania albo zaniechania, ale już nie czasu wystąpienia ich skutku; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 232-234.

⁴³¹ Wyrok SN z dnia 20.12.1998 r., II AKa 201/98, OSA 1999/9/61.

⁴³² Wyrok SN z dnia 05.07.1968 r., III KR 39/68, OSNPG 1968/12/139.

⁴³³ Art. 31 § 3 k.k. „Przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprowadził się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć”.

⁴³⁴ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 121; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Cz. I...*, s. 59. Podobnie Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 04.02.2009 r. (II AKa 3/09, LEX nr 508306) trafnie podkreślił, iż oczywistym jest, iż alkohol ułatwia zachowanie agresywne i ma wpływ na racjonalność działań człowieka. Ale skoro sprawca znajdował się w stanie prostego upojenia, nie cierpi na chorobę psychiczną czy upośledzenie umysłowe, stwierdzono normę intelektualną oraz prawidłowe rozwinięcie zdolności myślenia przyczynowo-skutkowego, uogólniania i analizowania (stwierdzone na podstawie opinii sądowo-psychiatrycznej), skoro wcześniej wielokrotnie wprowadzał się w stan nietrzeźwości i znał jego działanie, to stan nietrzeźwości sprawcy żadną miarą nie mógł służyć jako element świadczący o braku zdolności oceny działania czy przewidzenia jego skutków (art. 31 § 3 k.k.). Zaaprobowanie przeciwnego stanowiska prowadziłoby do tego, iż każda osoba zamierzająca dokonać przestępstwa, najpierw wprowadzałaby się w stan

bowiem, że kryteria niepoczytalności i poczytalności znacznie ograniczonej nie mają zastosowania wobec sprawców, którzy wprawili się w stan odurzenia, które przewidywali lub mogli przewidzieć⁴³⁵. Ustawodawca nie przyjął więc konstrukcji tzw. *actio libera in causa* (działanie wolne w przyczynie) polegającej na tym, iż sprawca nietrzeźwy lub odurzony odpowiada tylko wtedy, gdy wprawił się w ten stan po to, aby popełnić przestępstwo, ani rozwiązania tejże kwestii w postaci koncepcji powstałej na gruncie prawa niemieckiego tzw. *rauschdeliktu*, wedle którego sprawca popełniający czyn zabroniony w stanie niepoczytalności spowodowanej alkoholem lub środkiem odurzającym odpowiada nie za czyn, ale za to, że wprawił się w sposób zawiniony w stan niepoczytalności⁴³⁶. Problematyka ta leży jednak poza zakresem zainteresowania niniejszej rozprawy⁴³⁷. Opiniowanie zaś sprawców znajdujących się w chwili czynu w stanie upicia alkoholowego należy do najtrudniejszych zagadnień orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego (dla opiniującego psychiatry i dla rozstrzygającego sprawę sądu)⁴³⁸. Niemniej komentarza wymaga pewien wycinek tejże materii, a mianowicie zagadnienie łączące się z wpływem alkoholu na pierwotnie, trwale uszkodzony mózg. Zmieniony w swej strukturze anatomicznej i funkcjach fizjologicznych ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.) jest szczególnie wrażliwy na wpływ alkoholu. Niepełnowartościowość o.u.n. ujawnia się zazwyczaj na tle upośledzenia umysłowego, przebytych urazów czaszkowo-mózgowych, chorób zakaźnych, zwyrodnieniowych i naczyniowych mózgu oraz innych niealkoholowych zatruc. Gdy dojdzie do nagłej intoksykacji alkoholowej, zmienia się stan psychopatologiczny chorego i następuje nasilenie

nietrzeźwości, by później móc się na ów stan powołać, jako element, który wyłączał możliwość przypisania jej działaniu znamion racjonalności.

⁴³⁵ Jest to tzw. upicie zwykle, w którym podstawowym kryterium diagnostycznym jest brak w jego obrazie klinicznym elementów świadczących o jego odmienności; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 472.

⁴³⁶ B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 29-30; A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 154.

⁴³⁷ Warto jednakże zasygnalizować, iż poalkoholowe zaburzenia świadomości oraz psychozy alkoholowe, tj. majaczenie drżenne (*delirium tremens*), alkoholowy obłąd zazdrości (*paranoia alcoholica*, zespół Otella), halucynozja alkoholowa (*omamica*) i psychoza Korsakowa, w każdym przypadku upoważniają do przyjęcia niepoczytalności sprawcy. Szerzej na temat stanu nietrzeźwości jako zakłócenia czynności psychicznych: J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 214-216.

⁴³⁸ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 118-119; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 471.

objawów, które może skutkować ujawnieniem się predyspozycji przestępczych czy chociażby osłabieniem hamulców moralno-etycznych. Obok upić zwykłych wyróżnia się grupę **upić niezwykłych**, do których zalicza się **upicie patologiczne**, **upicie na podłożu organicznego uszkodzenia o.u.n.** i **upicie atypowe**⁴³⁹. Podłożem **upojenia patologicznego** może być pierwotne uszkodzenie mózgu, padaczka, stany po urazach mózgowych, psychopatie, starcze zmiany osobowości, stany po ciężkich chorobach somatycznych, utrata krwi, deprywacja snu, działanie synergistyczne leków psychotropowych z alkoholem, przebyta schizofrenia⁴⁴⁰. Z kolei tzw. **tłem organicznego uszkodzenia o.u.n.** są: zmiany pourazowe o typie charakteropatycznego zespołu psychoorganicznego, padaczka, stany po zapaleniu mózgu i opon mózgowych. W **upiciu atypowym** podłożem mogą stanowić zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe, zespoły postresowe, przebyte choroby psychiczne (takie jak schizofrenia czy choroba afektywna). **Upicie patologiczne** na podstawie symptomatologii traktuje się jako krótkotrwałą chorobę psychiczną, co skutkuje tym, iż spełnia ono kryterium niepoczytalności określone w art. 31 § 1 k.k. Odnosnie upicia na podłożu organicznego uszkodzenia o.u.n i upicia atypowego, to spełniają one najczęściej kryteria poczytalności ograniczonej w znacznym stopniu (art. 31 § 2 k.k.)⁴⁴¹, zaś w przypadku szczególnego natężenia objawów psychopatologicznych - nawet kryteria niepoczytalności (art. 31 § 1 k.k.)⁴⁴².

Tak więc przepis art. 31 § 3 k.k. wyłączający możliwość stosowania przepisów § 1 i § 2, nie znajduje zastosowania do przypadków, gdy intoksykacja alkoholowa była jedynie czynnikiem zaostrzającym istniejące już pierwotnie stany patologiczne czy też zaburzenia psychiczne (schizofrenia, inne psychozy, upośledzenia umysłowe,

⁴³⁹ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 214.

⁴⁴⁰ Do cech upicia patologicznego należy m.in. nagłość, gwałtowność i brutalność towarzyszące reakcji agresywnej, występowanie zaburzeń świadomości typu pomrocznego, zaburzenia orientacji w miejscu i czasie, zaburzenia afektu o typie lęku, wściekłość i złość, objawy psychotyczne (złudzenia, omamy, iluzje), niepamięć wsteczna całkowita; *ibidem*, s. 214-215.

⁴⁴¹ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 215.

⁴⁴² J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 471-474; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 120-122. W obrazie klinicznym upicia na podłożu patologicznym i atypowym występują objawy nieosiągające nasilenia psychozy, tj. ilościowe zaburzenia świadomości, pobudzenie psychomotoryczne i emocjonalne, nastawienie urojeniowe; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 475.

zespoły psychoorganiczne, otępienia umysłowe, etc.), nie zaś bezpośrednią przyczyną utraty poczytalności lub jej znacznego ograniczenia; w takich sytuacjach alkohol odgrywa więc rolę „wtórną”. Powyższa regulacja nie ma również zastosowania do anormalnych stanów psychicznych spowodowanych np. uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego powiązanych z niedorozwojem umysłowym, a zaostrzonych jedynie spożyciem alkoholu⁴⁴³. W powyższych sytuacjach powołani w sprawie biegli powinni zaznaczyć, że dla oceny poczytalności decydujące znaczenie miały podstawowe stałe zaburzenia psychiczne, względnie przemijające, ale aktualne i obecne w czasie czynu, nie zaś stan nietrzeźwości czy też odurzenia alkoholem⁴⁴⁴. Oczywistym jest, iż alkohol odgrywa tutaj rolę drugoplanową, którego znaczenie może dotyczyć dodatkowych wniosków w opinii powołanego w sprawie biegłego, dotyczących zastosowania środków zabezpieczających, o których będzie mowa w dalszej części rozprawy.

Warto również nadmienić, iż dużych problemów nastręcza także badanie i orzekanie sądowo-psychiatryczne osób z podwójną diagnozą, tj. przypadków współwystępowania lub nadużywania substancji psychoaktywnych z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub innym zakłóceniem czynności psychicznych. Dochodzi wówczas do nakładania się, przenikania lub innej formy interakcji przyczyn, patomechanizmów i objawów dotyczących obu tych sytuacji i stanów psychopatologicznych⁴⁴⁵. Powoduje to, iż obrazy kliniczne zaburzeń obserwowanych u osób z podwójną diagnozą są często mało charakterystyczne i mają nietypowy przebieg. Jest to tym bardziej istotne, iż osobnicy z podwójną diagnozą częściej dokonują czynów zabronionych takich jak podpalenia, gwałty, niszczenie przedmiotów; częściej też stanowią zagrożenie dla

⁴⁴³ Wyrok SN z dnia 07.08.1980 r., I KR 180/80, OSNKW 1980/12/28. Stanowisko SN opierało się co prawda na art. 25 § 3 d.k.k., niemniej obowiązujący kodeks karny w art. 31 § 3 k.k. powielił regulację przewidzianą w art. 25 § 3 k.k. z 1969 r.

⁴⁴⁴ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 122.

⁴⁴⁵ W przypadku schizofrenii, rozpowszechnienie w ciągu życia nadużywania lub uzależnienia od alkoholu wynosi 12-50%, a dla innych substancji psychoaktywnych waha się w granicach 10-35%. Nadto badania epidemiologiczne wykazały, że ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych dla schizofrenii jest czterokrotnie większe niż w ogólnej populacji; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 107.

zdrowia i życia swojego i innych osób. W przypadku oceny stanu psychicznego sprawców z podwójną diagnozą, należy szczególnie wnikliwie rozważyć aspekty wpływu zaburzeń wynikających z obecności choroby psychicznej lub organicznego uszkodzenia o.u.n., na zachowania chorego związane z używaniem substancji psychoaktywnych i alkoholu. Stan upicia lub odurzenia, powodujący ograniczenie lub zniesienie poczytalności, nie mógłby być rozpatrywany w kategoriach wynikających z treści art. 31 § 3 k.k., gdyby okazało się, że choroba psychiczna albo samo przez się, albo przez wpływ na dyspozycje decydujące o możliwości przewidywania następstw użycia środków uzależniających, wywoła skutki wymienione w przepisie art. 31 § 1 i 2 k.k.⁴⁴⁶.

W stosunku do sprawców czynów zabronionych, u których stwierdzono stan niepoczytalności, a tym samym nie mogą oni ponosić odpowiedzialności karnej ze względu na brak winy, niezbędne jest w wielu przypadkach zastosowanie izolacji od społeczeństwa. W tym celu, wśród środków reakcji prawnokarnej, ustawodawca przewidział **środki zabezpieczające**. Najogólniej można je zdefiniować jako niestanowiące kary środki stosowane w celu zabezpieczania porządku prawnego ze strony sprawcy, który ze względu na pewne cechy psychiczne może stanowić dla niego zagrożenie (art. 94-99 k.k.), względnie środki, które stosuje się w sytuacjach, w których z różnych powodów, nie tylko związanych z psychiką sprawcy, kary orzec nie można, istnieje zaś potrzeba zabezpieczenia porządku prawnego (art. 94, art. 99, art. 100 k.k.)⁴⁴⁷. Tak więc środki te stosowane są zamiast kary i mają na celu ochronę społeczną przed niepoczytalnym, niebezpiecznym dla porządku prawnego sprawcą. Nie mają one na celu wymierzenia sprawiedliwości za popełniony czyn, ani też nie zawierają elementu potępienia czynu i jego sprawcy⁴⁴⁸. Środki zabezpieczające można stosować tylko wówczas, gdy jest to niezbędne, muszą być poprzedzone dogłębną analizą okoliczności oraz dokonaniem ustaleń wskazujących

⁴⁴⁶ J. Kocur, W. Trendak: *Podwójna diagnoza...*, str. 601-609.

⁴⁴⁷ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 609.

⁴⁴⁸ A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 347; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 482.

na niezbędność tego środka, a więc gdy inny sposób postępowania w stosunku do sprawcy czynu zabronionego okazał się nieskuteczny⁴⁴⁹.

Zagadnienie środków zabezpieczających w kodeksie karnym zostało rozwiązane w następujący sposób: wobec niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego przewidziano środek zabezpieczający polegający na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym (art. 94 k.k.), wobec zaś sprawców z poczytalnością ograniczoną (art. 31 § 2 k.k.), przewidziano umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosowane są szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne (art. 95 k.k.). *Nota bene* ustawa karna przewiduje również środki o charakterze administracyjnym (środki nielecznicze), określone w art. 99 i 100 k.k.⁴⁵⁰

Regulacja art. 93 k.k. statuuje zasadę *ultima ratio* (ostatni, decydujący argument)⁴⁵¹ zastosowania środków zabezpieczających o charakterze izolacyjnym, ma charakter ogólnej normy gwarancyjnej i znajduje zastosowanie do wszystkich

⁴⁴⁹ Postanowienie SN z dnia 03.11.1999 r., V KKN 421/99, Prok. i Pr. 2000/2/4; postanowienie SN z dnia 04.11.2002 r., III KKN 269/01, LEX nr 56868.

⁴⁵⁰ Zgodnie z treścią przepisu art. 99 §1 k.k., jeżeli sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, sąd może orzec tytułem środka zabezpieczającego obowiązek lub zakazy wymienione w art. 39 pkt 2-3 k.k. oraz przepadek, o którym mowa w art. 39 pkt 4 k.k., tj. zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej (pkt 2), zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowywaniem, leczeniem i edukacją małoletnich lub opieką nad nimi (pkt 2a), obowiązek powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, zakaz kontaktowania się z określonymi osobami lub zakaz opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu (pkt 2b), jak również zakaz prowadzenia pojazdów określonego rodzaju lub wszelkich pojazdów (pkt 3) oraz przepadek przedmiotów (bądź to służących jako narzędzie popełnienia czynu zabronionego przez niepoczytalnego sprawcę, bądź pochodzących bezpośrednio z popełnienia czynu lub też posiadane, wytworzone lub wprowadzone do obrotu wbrew zakazom prawnym - pkt 4). Przedmiotowe zakazy bądź obowiązki orzeka się bez określenia terminu; sąd może zaś uchylić je w przypadku, gdy ustały przyczyny ich orzeczenia.

Z kolei zgodnie z regulacją art. 100 k.k., sąd może orzec przepadek przedmiotów, o których mowa w art. 39 pkt 4, jeżeli społeczna szkodliwość czynu jest znikoma, bądź jeśli warunkowo umorzono postępowanie, a także jeżeli stwierdzono istnienie okoliczności wyłączającej ukaranie. Wśród wymienionych przesłanek orzeczenia przepadku przedmiotów, wątpliwości budzi przesłanka związana z umorzeniem postępowania z powodu znikomego społecznego niebezpieczeństwa czynu. Czyn taki nie jest przestępstwem z braku ujemnej treści społecznej, aczkolwiek jest czynem formalnie bezprawnym; A. Marek: *Prawo karne. Zagadnienia teorii...*, s. 346.

⁴⁵¹ Reguła ta oznacza, iż środki zabezpieczające mogą być zastosowane tylko wówczas, jeżeli są jedynym sposobem zapobieżenia ponownemu popełnieniu czynu zabronionego przez danego sprawcę i stosowane są tylko tak długo, dopóki nie mogą być zastąpione mniej dolegliwym środkiem zabezpieczającym albo innym sposobem postępowania; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 238.

środków zabezpieczających uregulowanych w art. X k.k.⁴⁵², a zatem i do środków określonych w art. 94 i 95 k.k. Orzekanie środków przewidzianych w wymienionych przepisach wymaga więc spełnienia zarówno przesłanek szczegółowych w nich zawartych, jak i przesłanek wynikających z art. 93 k.k. Do przesłanek, o których mowa w art. 93 k.k. zaliczamy: popełnienie czynu zabronionego przez sprawcę, związek tego czynu z chorobą psychiczną sprawcy, jego upośledzeniem umysłowym, uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, niezbędność zastosowania środka izolacyjnego dla zapobieżenia ponownemu popełnieniu czynu zabronionego oraz wysłuchanie lekarzy psychiatrów i psychologów (przesłanka formalna)⁴⁵³. Wymóg powołania lekarzy psychiatrów i psychologa wiąże się z koniecznością uzyskania oceny stopnia prawdopodobieństwa popełnienia przez sprawcę ponownie czynu zabronionego⁴⁵⁴.

Odnosnie spełnienia przesłanki formalnej (opinia lekarzy psychiatrów i psychologów) z art. 93 k.k., Sąd Najwyższy zajął stanowisko, iż powołanie biegłego psychologa jest obligatoryjne nawet wówczas, gdy biegli psychiatrzy nie wnioskowali o udział biegłego psychologa, a podstawą procesową do przeprowadzenia dowodu z opinii psychologicznej jest w takim przypadku art. 193 § 1 k.p.k. w związku z art. 93 k.k. Równocześnie organ procesowy powołujący biegłego może sam zadecydować, czy biegli mają przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną opinię, czy też wydać opinie odrębne⁴⁵⁵. Co więcej, przepis art. 93 k.k. w części, w jakiej formułuje formalne przesłanki zastosowania środka zabezpieczającego (wysłuchanie lekarzy psychiatrów i psychologa), zawiera

⁴⁵² Postanowienie SN z dnia 03.07.2003 r., II KK 138/03, OSNwSK 2003/1/1460; wyrok SN z dnia 13.11.2007 r., V KK 339/07, OSNwSK 2007/1/2570.

⁴⁵³ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 611; postanowienie SN z dnia 01.06.2006 r., III KK 49/06, LEX nr 186946; A. Barczyk: *Psychologia, psychiatria i prawo wobec podsądnych zaburzonych psychicznie*; Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach, Mysłowice 2006, s. 72.

⁴⁵⁴ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 127. Warto nadmienić, iż decyzję o zasadności stosowania środka zabezpieczającego podejmuje sąd, a nie biegli. Ci ostatni ustalają natomiast jaki jest stan zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego i formułują medyczną prognozę prawdopodobieństwa popełnienia przez taką osobę czynu zabronionego określonej kategorii - postanowienie SN z dnia 18.06.1996 r., V KKN 35/96, OSN Prok. i Pr. 1997/2/4.

⁴⁵⁵ Postanowienie SN z dnia 02.09.2003 r., IV KK 288/03, LEX nr 81208; postanowienie SN z dnia 31.03.2005 r., IV KK 45/05, LEX nr 147124; postanowienie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 02.12.2002 r., II AKz 573/02, OSA 2003/2/12.

normę procesową⁴⁵⁶. Sąd, stosownie do zasady proporcjonalności wynikającej z art. 93 k.k., powinien rozważyć w należyty sposób, czy prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego może być zredukowane w wyniku zastosowania innych środków (np. leczenia otwartego), czy też jedynie poprzez leczenie w drodze środka zabezpieczającego. Zasada ta stanowić ma tamę dla stosowania zamkniętego zakładu, gdy chodzi o sprawcę drobnych lub nawet średnich przestępstw, chociażby uciążliwych dla otoczenia⁴⁵⁷.

Z przepisu art. 94 § 1 k.k. wynika, że jeżeli **sprawca w stanie niepoczytalności** określonej w art. 31 § 1 k.k. popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzeka o jego umieszczeniu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym⁴⁵⁸. W stosunku do kodeksu karnego z 1969 r., aktualna regulacja w znacznym stopniu zawęży zakres sytuacji, w których dopuszcza się izolację niepoczytalnego sprawcy; o ile w d.k.k. podstawą izolacji było popełnienie jakiegokolwiek czynu zabronionego, o tyle w obowiązującej ustawie karnej taką podstawę stanowić może jedynie czyn o znacznej społecznej szkodliwości⁴⁵⁹. Nadto musi zachodzić prawdopodobieństwo popełnienia - nie tyle takiego samego lub podobnego co do rodzaju, ale - jakiegokolwiek czynu zabronionego, co najmniej o takiej szkodliwości, jak ten zarzucony⁴⁶⁰. Tak więc kumulatywne spełnienie trzech

⁴⁵⁶ Postanowienie SN z dnia 15.03.2000 r., V KKN 3/00, LEX nr 50996; teza nr 1 wyroku SN z dnia 18.12.2007 r., V KK 383/07, LEX nr 353347.

⁴⁵⁷ Postanowienie SN z dnia 04.11.2002 r., III KKN 269/01, LEX nr 56868; P. Hofmański, S. Zabłocki: *Elementy metodyki pracy sędziego w sprawach karnych*, Wolters Kluwer i Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Warszawa 2006, s. 303.

⁴⁵⁸ W przepisie art. 93 k.k. ustawodawca ograniczył dopuszczalność orzekania tego leczniczego środka zabezpieczającego tylko do sprawców czynu zabronionego dotkniętych w czasie czynu i orzekania w tym przedmiocie, chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym, pomijając sprawców czynów zabronionych popełnionych w związku z wystąpieniem innych zakłóceń czynności psychicznych; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 333-334.

⁴⁵⁹ Kwantyfikatory stopnia społecznej szkodliwości zostały określone w art. 115 § 2 k.k. (sąd przy ocenie bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia).

⁴⁶⁰ W d.k.k. wprowadzona była w tym przypadku przesłanka istnienia poważnego zagrożenia (niebezpieczeństwa) dla porządku prawnego, która wyznaczała znacznie szerzej zakres zastosowania takiego środka zabezpieczającego.

przesłanek (niepoczytalności sprawcy, znacznej społecznej szkodliwości popełnionego czynu⁴⁶¹ oraz wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że sprawca popełni taki czyn ponownie⁴⁶²) powoduje, iż orzeczenie przez sąd środków zabezpieczających staje się obligatoryjne⁴⁶³. Sąd, przed podjęciem decyzji o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, powinien przeprowadzić swego rodzaju test przez rozważenie, jaką (gdyby nie stan niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego) karę należałoby wymierzyć sprawcy. Tylko w przypadku, gdy nie ma wątpliwości, że właściwą karą dla takiego sprawcy za popełnienie zarzucanego mu czynu (gdyby mógł ponosić odpowiedzialność karną) byłaby bezwzględna kara pozbawienia

⁴⁶¹ Ocena stopnia społecznej szkodliwości czynu należy do kompetencji sądu. Zgodnie z przepisem art. 115 § 2 k.k., przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości, uzasadniający internowanie psychiatryczne (tzw. detencję) sprawcy o zniesionej poczytalności, nie musi być zbrodnią, bo są i występki to znamię spełniające stosownie do indywidualnych okoliczności zdarzenia. Ustalenie tego wymogu (stopnia szkodliwości) ma na celu jedynie eliminowanie od internowania sprawców czynów o mniejszej społecznej szkodliwości, choćby rokowali powrót do takich czynów w przyszłości; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27.09.2001 r., II AKa 212/01, KZS 2001/10/21.

⁴⁶² Ocena stopnia prawdopodobieństwa popełnienia czynu również leży w kompetencjach sądu, który uwzględnia w tej mierze opinię biegłych w przedmiocie prognozy z punktu widzenia psychiatrii i psychologii nie tylko stanu psychicznego sprawcy wynikającego z zaburzeń psychicznych, ale również z całokształtu okoliczności sprawy; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 128. Dla prawidłowej oceny stopnia prawdopodobieństwa popełnienia przez sprawcę ponownie czynu zabronionego o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, niezbędnym jest poza specjalistyczną opinią biegłych lekarzy psychiatrów wypowiadających się w tej kwestii, także dokonanie analizy tego prawdopodobieństwa z uwzględnieniem dotychczasowej linii życia sprawcy, jego uprzedniej karalności oraz obecnej sytuacji życiowej, połączonej z prognozowaniem możliwości zaistnienia okoliczności i warunków sprzyjających zaprzestaniu leczenia i ewentualnością popełnienia przestępstwa. Zawężenie zaś oceny wyłącznie do oceny dokonanej przez lekarzy psychiatrów nie stanowi pełnej oceny istniejącej prognozy, na którą poza stanem zdrowia sprawcy - nakładają się także inne czynniki życiowe i społeczne; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18.04.2001 r., II AKz 180/01, OSA 2001/10/64.

Prawdopodobny czyn powinien, z jednej strony, należeć do czynów zabronionych stanowiących przestępstwo tego samego rodzaju, nawet skierowane przeciwko temu samemu lub podobnemu rodzajowo dobru chronionemu prawem, a z drugiej strony, żeby jego społeczna szkodliwość była co najmniej znaczna; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 339.

⁴⁶³ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 616; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 127-128; *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 196-197.

wolności, sąd powinien podjąć decyzję o umieszczeniu takiej osoby w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym⁴⁶⁴.

Jak podkreślił ustawodawca, umieszczenie sprawcy winno nastąpić w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, przy czym określenie rodzaju zakładu leży w kompetencjach sądu I instancji, a nie sądu penitencjarnego⁴⁶⁵. Wykaz zakładów psychiatrycznych, w których umieszcza się sprawców na podstawie art. 94 k.k., zawarty jest w art. 200 § 2 k.k.w. oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004 r.⁴⁶⁶, które wyróżniają trzy rodzaje zamkniętych zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, tj. podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia⁴⁶⁷. Zgodnie z § 11 ww. rozporządzenia, pobyt sprawcy w zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia nie powinien trwać

⁴⁶⁴ Wyrok SN z dnia 05.02.2009 r., II KK 252/08, Biul. PK 2009/5/4. W doktrynie postuluje się zgodnie, iż tylko najpoważniejsze czyny, takie jak np. zabójstwo, uszkodzenie ciała czy też podpalenie, mogą stanowić podstawę umieszczenia w placówce zamkniętego leczenia psychiatrycznego; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 75.

⁴⁶⁵ *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, s. 616.

Sąd w swoim postanowieniu o skierowaniu do zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego określonymi warunkami w odniesieniu do poziomu zabezpieczenia (podstawowym, wzmocnionym, maksymalnym), kieruje się opinią specjalnej komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Niestety, konsekwencją małej ilości miejsc w zakładach realizujących detencję, jest konieczność oczekiwania niepoczytalnych sprawców na miejsce nieraz przez kilka miesięcy – albo w areszcie śledczym, albo w domu; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 261-263, 409

⁴⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powołania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004 r., Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.).

⁴⁶⁷ Zgodnie z art. 200a k.k.w., do zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli jego powtarzające zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości, nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a także jeżeli nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się pacjenta z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionym zabezpieczeniem, stwarzającego zagrożenie poza zakładem. Warunki skierowania do zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia (zgodnie z art. 200b k.k.w.) są następujące: powtarzające zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości, nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia, a także jeżeli nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się pacjenta z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego podstawowym zabezpieczeniem, stwarzającego zagrożenie poza zakładem. Jeżeli nie ma podstaw do kwalifikowania pacjenta do obu powyższych form zabezpieczenia, sprawca jest kierowany do zakładu o podstawowym zabezpieczeniu; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 260.

dłużej, niż jest to konieczne dla zmniejszenia zagrożenia sprawcy dla otoczenia i jego skłonności do uciezek. Choć słuszne jest stanowisko, że osoby niepoczytalne, a zwłaszcza chore psychicznie, powinny zostać umieszczone w psychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej, to jednak odrębne oddziały detencyjne dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej stwarzają szereg problemów. Wymagają one bowiem specjalnego, egzekwowanego i kontrolowanego przez sądy zabezpieczenia i pozostają często w jawnej sprzeczności z głównymi kierunkami przemian w psychiatrii, a więc odchodzenia od izolacyjnego modelu terapeutycznego i rozwijania form wypracowanych przez psychiatrię środowiskową i społeczną. Niemniej jest oczywistym, iż tworzenie specjalnych zakładów, w których umieszczani są niepoczytalni sprawcy przestępstw, jest szczególnie zasadne dla tych sprawców, którzy stanowią najpoważniejsze zagrożenie dla otoczenia lub porządku prawnego⁴⁶⁸.

Przepis art. 94 § 2 k.k. wskazuje, iż sąd nie określa z góry czasu pobytu na oddziale detencyjnym, a więc jest on bezterminowy – tak długo, jak jest to konieczne. Niemniej gdy dalszy pobyt jest zbędny, sąd zobowiązany jest do niezwłocznego zwolnienia sprawcy z dalszego odbywania środka zabezpieczającego⁴⁶⁹. Decydujące znaczenie ma w tym względzie ocena zmiany stanu psychicznego sprawcy odbywającego środek zabezpieczający. Chodzi tutaj o taką zmianę, która pozwala biegłym na stwierdzenie, iż dalszy pobyt w zakładzie nie jest już konieczny⁴⁷⁰.

⁴⁶⁸ J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 482-483.

⁴⁶⁹ *Ibidem*, s. 483; *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 197; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 340.

⁴⁷⁰ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 130. Jest to równoznaczne z ustaleniem, iż w związku ze zmianą stanu zdrowia psychicznego sprawcy, nie zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że ponownie popełni on czyn zabroniony o znacznej szkodliwości społecznej; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 77; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 419. Dla jasności należy dodać, iż zgodnie z przepisem art. 203 k.k.w., na kierowniku zakładu psychiatrycznego, w którym wykonywany jest środek zabezpieczający, ciąży obowiązek (nie rzadziej niż co 6 miesięcy) sporządzania opinii o stanie zdrowia internowanego i postępach w leczeniu lub terapii (art. 203 § 3 k.k.w.). Opinia taka jest przesyłana do sądu, który wydał stosowne orzeczenie. Aktualne sformułowanie wymaga, aby o stanie zdrowia sprawcy odbywającego środek zabezpieczający i o postępach w leczeniu powodujących (bądź nie) brak konieczności jego dalszego pozostawiania w zakładzie, wydawano opinię sądowo-psychiatryczną, sporządzoną zgodnie z wymaganiami przepisu art. 202 k.p.k. Opinia ta winna być więc sporządzona przez co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów i psychologa. Sąd nie jest związany przesłaną z zakładu opinią, może żądać jej wyjaśnienia, usunięcia sprzeczności lub uzupełnienia, a w razie potrzeby, gdy uzna tę

Interesująca jest również możliwość ponownego umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym zwolnionego już niepoczytalnego sprawcy (art. 94 § 3 k.k.). Zarządzenie sądu w tym przedmiocie nie może być jednak wydane po upływie 5 lat od zwolnienia z oddziału detencyjnego. Podstawą ponownego umieszczenia sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, stosownie do uregulowania zawartego w art. 94 § 3 k.k., stanowi ten sam czyn zabroniony, który był podstawą pierwszego orzeczenia środka zabezpieczającego⁴⁷¹. Skoro stan zdrowia detencionowanego nie uległ istotnej poprawie, to nadal zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez niego czynu zabronionego⁴⁷². Gdy sprawca w czasie pierwszego czynu był niepoczytalny, nadal jest bezkrytyczny do swojego stanu psychicznego, doznań psychotycznych i dokonanego już czynu, nie widzi potrzeby dalszego leczenia, wówczas zachodzi wysokie prawdopodobieństwo nawrotu choroby i zachowań agresywnych oraz ponowienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości, podobnego do tego, który jest podstawą internowania go. Wówczas pierwszy dokonany czyn będzie podstawą ponownego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, co ma zapobiec popełnieniu podobnego czynu⁴⁷³.

Przechodząc do omówienia postępowania ze sprawcami czynów zabronionych dokonanych w **stanie ograniczonej poczytalności** zwrócić należy uwagę na fakt, że sprawca taki, skazany na karę pozbawienia wolności bez jej warunkowego zawieszenia, może zostać umieszczony przez sąd w zakładzie

opinię nadal za niejasną, wewnętrznym sprzeczną lub niepełną, może zwrócić się o wydanie opinii przez „innych biegłych” (art. 204 k.k.w.); D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 274, J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 416-417.

⁴⁷¹ Uchwała SN z dnia 22.11.2002 r., I KZP 38/02, OSNKW 2003/1-2/3.

⁴⁷² Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 07.12.2004 r., II AKzw 784/04, KZS 2004/12/24.

⁴⁷³ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 131; *Kodeks karny. Praktyczny Komentarz*, s. 197-198. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z dnia 06.12.2000 r., II AKz 460/00, KZS 2000/12/26.

Chodzi tu jednak o ten sam czyn i te same okoliczności określone w art. 93 § 1 k.k., które zdecydowały o orzeczeniu środka zabezpieczającego, z wykonywania którego sprawca został zwolniony warunkowo na podstawie art. 94 § 2 k.k. Jeżeli przykładowo środek zabezpieczający tego rodzaju został orzeczony tylko z powodu stwierdzonego upośledzenia umysłowego sprawcy czynu zabronionego, to jeżeli w okresie „warunkowego” zwolnienia popełni on kolejny czyn zabroniony w związku z później zaistniałą chorobą psychiczną, wówczas wykorzystanie instytucji określonej w art. 94 § 3 k.k. nie będzie możliwe. W takiej sytuacji konieczne jest prowadzenie kolejnego postępowania karnego; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 341.

karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne (art. 95 § 1 k.k.)⁴⁷⁴. Ustawodawca nie przewidział umieszczenia takiego sprawcy w szpitalu psychiatrycznym. Użycie określenia „sąd może” oznacza, iż przedmiotowy środek zabezpieczający jest stosowany fakultatywnie, a decyduje o tym potrzeba konkretnego sprawcy, oceniana przez sąd na podstawie całokształtu okoliczności⁴⁷⁵. Co ważne, jeżeli wyniki leczenia lub rehabilitacji za tym przemawiają, a kara nie przekracza 3 lat pozbawienia wolności, sąd może skazanego zwolnić warunkowo, oddając go obowiązkowo pod dozór kuratora (art. 95 § 2 k.k.)⁴⁷⁶.

4. OPINIOWANIE SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE W POSTĘPOWANIU KARNYM.

Podstawowe znaczenie dla określenia znaczenia psychiatry i jego opinii dla prawa karnego, mają opisane powyżej regulacje prawa karnego materialnego. One bowiem decydują, jakie zjawiska z dziedziny psychiatrii i psychologii mają istotne znaczenie dla określenia odpowiedzialności karnej, w związku z popełnieniem czynu zabronionego. Tylko w odosobnionych przypadkach kodeks karny wymienia wprost osobę psychiatry i psychologa, niemniej z uwagi na uregulowania kodeksu

⁴⁷⁴ Z unormowań art. 96 k.k.w. wynika, iż chodzi o zakład karny czy też jego oddział, w którym realizowany jest system terapeutyczny odbywania kary pozbawienia wolności. W czasie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, podejmowane są przez lekarzy psychiatrów, psychologów i rehabilitantów, specjalistyczne działania mające na celu zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracanie równowagi psychicznej, kształtowanie zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia poza zakładem karnym; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 264-265.

⁴⁷⁵ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 134.

⁴⁷⁶ Warto dodać, iż grupa sprawców działających w stanie znacznie ograniczonej poczytalności stanowi szczególnie trudną do terapii populację osób zaburzonych psychicznie naruszających porządek prawny. Z zasady osoby takie ujawniają poważne zaburzenia osobowości lub też różnego rodzaju organiczne uszkodzenia o.u.n.; często są osoby uzależnione od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, jak też przejawiają zaburzenia psychoseksualne, najczęściej o charakterze parafilii. We wszystkich systemach leczniczo-zabezpieczających uważani są za niebezpiecznych, niezdyscyplinowanych, opornych na terapię i korekcję. Są niejednokrotnie bardziej niebezpieczni od sprawców chorych psychicznie i niepoczytalnych, albowiem działają w sposób zaplanowany, racjonalny i celowy; J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 345.

karnego odwołujące się do konieczności posiadania wiadomości specjalnych, wskazuje na konieczność powołania biegłego psychiatry⁴⁷⁷.

W kodeksie postępowania karnego ustawodawca nie zdefiniował w sposób ścisły pojęcia biegłego. Jedynie w art. 193 k.p.k. zawarto regulację, zgodnie z którą jeżeli dla stwierdzenia okoliczności mających istotne znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne, zasięga się opinii biegłego lub biegłych⁴⁷⁸. Treść ww. artykułu przesądza o tym, że zasięgnięcie opinii biegłego jest obowiązkowe zawsze w przypadku kumulatywnego spełnienia dwóch przesłanek: **istnieje potrzeba stwierdzenia (ustalenia) okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a do ich ustalenia wymagane są wiadomości specjalne**⁴⁷⁹. Tak więc organ procesowy nie może zrezygnować z opinii biegłego, jeżeli ustalenie faktu wymaga wiedzy specjalnej⁴⁸⁰. Dowód ten organ procesowy dopuszcza z urzędu, nawet w przypadku braku wniosku stron, bowiem powyższe wynika z przepisu art. 9 § 1 k.p.k.⁴⁸¹. Unormowanie art. 193 k.p.k. odnosi się również bezpośrednio do dowodu z opinii psychiatrycznej, który wraz z dalej opisywanym

⁴⁷⁷ I tak przykładowo przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychiatry (psychologa) w procesie karnym jest przewidziane przy: ustalaniu silnego wzburzenia (afektu fizjologicznego) w związku z popełnieniem przestępstwa zabójstwa w postaci uprzywilejowanej (art. 148 § 4 k.k.), klasycznym zagadnieniu poczytalności (art. 31 k.k.), motywacji czynu w kontekście dyrektywy sądowego wymiaru kary (art. 35 § 1 k.k.), orzeczeniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym (art. 93 k.k.), badaniu zdolności świadka do składania zeznań (art. 192 § 2 k.p.k.)

⁴⁷⁸ Ustawa z dnia 06.06.1997 r., Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).

⁴⁷⁹ A. Gaberle: *Dowody w sądowym procesie karnym*, Wolters Kluwer, Kraków 2007, s. 165. W przypadku, gdy dokonanie ustaleń faktycznych nie wymaga powzięcia wiadomości specjalnych, albo wprawdzie wśród okoliczności relewantnych z punktu widzenia rozstrzygnięcia są takie, które zasięgnięcia wiadomości specjalnych wymagałyby, niemniej okoliczności te nie mają charakteru istotnego, wówczas dowodu z biegłego nie dopuszcza się; P. Hofmański, S. Zabłocki: *op. cit.*, s. 193.

⁴⁸⁰ Wyrok SN z dnia 20.05.1984 r., I KR 102/84, OSNPG 1984/12/112; wyrok SN z dnia 01.04.1988 r., IV KR 281/87, OSNKW 1988/9-10/69; postanowienie SN z dnia 17.05.2007 r., II KK 331/06, OSNwSK 2007/1/1070.

⁴⁸¹ Art. 9 § 1 k.p.k. „Organy procesowe prowadzą postępowanie i dokonują czynności z urzędu”. W następstwie ustawowego obowiązku powołania biegłego, organ procesowy nie może również w żadnej sytuacji procesowej zastąpić opinii biegłego ustaleniami opartymi na innych źródłach dowodowych. Nie można zatem ustalać takich okoliczności z pominięciem opinii biegłego ani też np. dokonać ustaleń sprzecznych z wnioskami opinii (np. odrzucić opinię biegłego pismoznawcy, który we wnioskach swojej opinii stwierdził, iż podpis na testamencie nie został nakreślony ręką zmarłego testatora i na podstawie zeznań świadków ustalić, że jednak podpis ten został sfalszowany przez oskarżonego); *Postępowanie karne. Część ogólna* (red.) Świda Z., Wolter Kluwer, Warszawa 2008, s. 338.

przepisem art. 202 k.p.k., stanowi formalnoprawną podstawę dla zarządzenia badań psychiatrycznych oskarżonego.

Kierując się tematyką niniejszej rozprawy, szczególnego znaczenia nabiera problematyka **opinii sądowo-psychiatrycznej w postępowaniu karnym**. Opinia biegłych w przedmiocie stanu zdrowia psychicznego sprawcy należy do okoliczności mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, dotyczy bowiem problemu jego winy w czasie popełnienia czynu⁴⁸². Jednakże stan zdrowia psychicznego oskarżonego ma istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia jego zdolności do ponoszenia odpowiedzialności za popełniony czyn (aspekt prawnomaterialny - art. 31 k.k.), ale również zdolności do samodzielnego podejmowania czynności w procesie (aspekt procesowy - art. 79 § 1 k.p.k.)⁴⁸³.

Zgodnie z przepisem art. 202 § 1 k.p.k., w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego (tzw. opinii psychiatrycznej), sąd (w postępowaniu przygotowawczym prokurator) powołuje co najmniej dwóch biegłych psychiatrów. Opinia taka musi być więc wykonana przez lekarzy psychiatrów, posiadających przynajmniej pierwszy stopień specjalizacji z psychiatrii; nie może jej więc wydać lekarz, który wprowadzie pracuje w oddziale psychiatrycznym, ale dopiero specjalizuje się w tej dziedzinie⁴⁸⁴. W ustawie karnoprocesowej na próżno jednak szukać wskazania podstaw i kryteriów dopuszczalności badania oskarżonego przez biegłych psychiatrów. W związku z powyższym aktualność zachowało stanowisko ukształtowane pod rządami k.p.k. z 1969 r., zgodnie z którym **podstawą powołania biegłych psychiatrów są uzasadnione wątpliwości (podejrzenia) organu procesowego co do możliwości występowania zakłóceń czynności psychicznych u oskarżonego, które mogły mieć wpływ na jego poczytalność w czasie**

⁴⁸² Postanowienie SN z dnia 17.06.1998 r., II KKN 311/97, Prok. i Pr., 1998/11-12/16.

⁴⁸³ A Gaberle: *op. cit.*, s. 185.

⁴⁸⁴ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 204; B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 39; L. Paprzycki: *Kryteria oceny opinii biegłego psychiatry i psychologa w postępowaniu karnym*, Palestra 1999/11/5, teza nr 3; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 52.

Co prawda pojawiają się również ze strony środowiska psychiatrycznego opinie co do tego, aby tylko biegli psychiatrzy posiadający drugi stopień z psychiatrii („lekarz biegły specjalista”) mogli wykonywać opinie, jednakże ustawa karnoprocesowa nie stawia takiego wymogu; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 106; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 54; L. K. Paprzycki: *Prawna problematyka opiniowania...*, s. 137.

zarzucanego mu czynu lub też mogą uniemożliwić jego samodzielny udział w toczącym się postępowaniu. W tym ostatnim przypadku zasięgnięcie opinii psychiatrycznej stanowi podstawę do obowiązkowej obrony formalnej przewidzianej w art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k., przy czym stwierdzenie przez biegłych, że poczytalność oskarżonego nie budzi wątpliwości, nie uchyla obrony niezbędnej (art. 79 § 4 k.p.k.)⁴⁸⁵.

Powyższe stanowisko nosi jednak znamiona ocenności, ogólnikowości i budzi poważne wątpliwości interpretacyjne. Niezbędne jest sięgnięcie do judykatury, która w sposób bardziej szczegółowy wypracowała przesłanki spełnienia kryterium „uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności oskarżonego”, a co za tym idzie, uprawdopodobniających ograniczenie poczytalności. Nie jest konieczne, aby wątpliwość co do tego, iż oskarżony nie dysponuje pełną poczytalnością, była ewidentna; wystarczająca jest bowiem uzasadniona wątpliwość, która powstaje wskutek każdej okoliczności wskazującej na trwałe bądź utrzymujące się zaburzenie procesów psychicznych oskarżonego⁴⁸⁶. Szczególnego znaczenia nabiera pogląd Sądu Najwyższego, zgodnie z którym „do przyjęcia, że zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności oskarżonego, nie jest konieczne, aby wątpliwość w tym zakresie miała charakter ewidentny. Wystarczające jest jedynie uprawdopodobnienie tego, że poczytalność oskarżonego mogła być co najmniej ograniczona”⁴⁸⁷. W takim duchu utrzymane jest też stanowisko SN zajęte w postanowieniu z dnia 23.11.2001 r.⁴⁸⁸, zgodnie z którym racją podstawową podjęcia decyzji o przeprowadzeniu dowodu z opinii psychiatrycznej, jest istnienie przynajmniej uzasadnionej wątpliwości co do tego, że stan psychiczny oskarżonego wykazywał odstępstwa od normy *tempore criminis* albo wykazuje

⁴⁸⁵ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 203; T. Grzegorzcyk: *Kodeks postępowania karnego oraz ustawa o świadku koronnym. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 468; wyrok SN z dnia 10.07.1972 r., I KR 125/72, OSNKW 1972/12/196.

⁴⁸⁶ Wyrok SN z dnia 20.06.1986 r., III KR 154/86, OSNPG 1987/4/50; wyrok SN z dnia 06.03.2008 r., III KK 427/07, LEX nr 361525; wyrok SN z dnia 19.11.2007 r., IV KK 262/07, LEX nr 340591; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 09.01.2007 r., II AKz 700/06, Apel.-W-wa 2007/1/85; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 09.11.2006 r., II AKa 178/06, Prokuratura i Prawo-wkładka 2007/7-8/45; wyrok SN z dnia 18.09.2002 r., III KKN 17/00, LEX nr 55537.

⁴⁸⁷ Postanowienie SN z dnia 21.11.1977 r., Z 34/77, OSNKW 1977/12/138; wyrok SN z dnia 12.11.2003 r., III KK 416/02, LEX nr 82308.

⁴⁸⁸ III KKN 109/99, LEX nr 51578.

w toku toczącego się postępowania. Nie chodzi tu o jakiegokolwiek lub czyjekokolwiek wątpliwości, lecz o wątpliwości wynikające z obiektywnych przesłanek, które muszą mieć oparcie w konkretnych okolicznościach ustalonych w sprawie, w konkretnych dowodach i muszą wynikać z oceny tychże dowodów i okoliczności⁴⁸⁹. Z uwagi na fakt, iż zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, ingerencja w tę niezwykle intymną sferę życia ludzkiego zawsze winna być nacechowana szczególną wrażliwością i przemyślanym działaniem. Podejrzanie przez sąd ograniczenia poczytalności oskarżonego *tempore criminis* musi mieć uzasadnione, a tym samym racjonalne, wytłumaczalne i mające skutecznie brzmiące podstawy, aby mogło zostać uwzględnione w aspekcie kontestowania jego stanu zdrowia psychicznego, niezbędnego do wydania stosownej opinii sądowo-psychiatrycznej, połączonej z właściwym badaniem⁴⁹⁰.

W orzecznictwie przyjmuje się, iż jako podstawę uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności oskarżonego można uznać m.in.: przebytą chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, epilepsję, uraz mózgu czy też inną chorobę mogącą prowadzić do zmian w psychice, nadużywanie narkotyków bądź nałogowy alkoholizm, wcześniejsze leczenie się oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym lub innej placówce świadczącej pomoc osobom z zaburzeniami psychiki (w tym również wtedy, gdy rodzice sprawcy poddawani byli podobnemu leczeniu), zaburzenia w sferze popędu seksualnego, stwierdzenie u oskarżonego przez biegłych w innej sprawie psychopatii, niedorozwoju umysłowego lub organicznego uszkodzenia o.u.n., pomimo nie uznania jego niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym, patologia ciąży, zachowanie sprawcy odbiegające w sensie ujemnym od zachowania ludzi normalnych pod względem psychicznym (np. brak racjonalnego wyjaśnienia powodów popełnienia przestępstwa, nieadekwatność jego

⁴⁸⁹ Nie daje zatem podstawy do przeprowadzenia dowodu z opinii psychiatrycznej niepoparty jakimkolwiek dowodami lub faktami wniosek wskazujący jedynie, iż oskarżony nie był badany dotąd przez specjalistów, w związku z czym nie można wykluczyć u niego choroby; wyrok SN z dnia 17.08.1984 r., III KR 189/84, OSNPG 1985/3/40.

⁴⁹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 07.12.2006 r., II AKa 344/06, KZS 2007/5/77.

reakcji do przyczyny), utrudniony kontakt z oskarżonym i sprawianie wrażenia człowieka nie rozumiejącego zadawanych pytań⁴⁹¹.

Przepis art. 202 § 1 k.p.k. w sposób wyraźny wskazuje, iż sąd (a w postępowaniu przygotowawczym prokurator) powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Z kolei przepis art. 202 § 4 k.p.k. określa zadania biegłych psychiatrów, tj. ocenę poczytalności w okresie czynu zabronionego, ocenę aktualnego stanu zdrowia psychicznego i zdolności do udziału w postępowaniu, a w razie potrzeby ocenę co do okoliczności wymienionych w art. 93 k.k.⁴⁹². Powyższe oznacza, że biegli psychiatrzy każdorazowo i obligatoryjnie mają dokonać oceny zdolności oskarżonego do udziału w postępowaniu, bez względu na brak wskazania przez organ procesowy konieczności rozstrzygnięcia powyższych kwestii w postanowieniu o ich powołaniu, określającym m.in. przedmiot i zakres ekspertyzy.

Jeżeli biegli psychiatrzy w trakcie badań stwierdzą zaburzenia psychiczne u sprawcy czynu zabronionego, zadaniem ich jest dokonanie oceny, czy istniały one już przed jego dokonaniem (lecz nie objawiały się w sposób wyraźny), czy też wystąpiły one po dokonaniu czynu (w trakcie postępowania karnego). Stwierdzenie mało manifestujących się zaburzeń psychicznych, które miałyby występować jeszcze przed dokonaniem takiego czynu, należy do zadań trudnych, ale o szczególnie istotnej roli wpływającej na ocenę poczytalności sprawcy. Chodzić tu może o takie zaburzenia jak: schizofrenia skąpo-objawowa, psychozy alkoholowe (najczęściej *delirium tremens*), przypadki niektórych napadów padaczkowych (niepokój bądź pobudzenie przednapadowe, dysforia w okresie czynu, zaś w trakcie ataku

⁴⁹¹ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 205-206; A. Gaberle: *op. cit.*, s. 188-189; B. Kolański: *op. cit.*, s. 32-33; P. Hofmański, S. Zabłocki: *op. cit.*, s. 200; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 51-52. L. K. Paprzycki: *Prawna problematyka opiniowania...*, s. 123.

Na marginesie warto nadmienić, iż nie przeprowadzenie w postępowaniu przygotowawczym dowodu z opinii sądowo-psychiatrycznej w wypadku, gdy na podstawie ujawnionych okoliczności zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności sprawcy, stanowi istotny brak tego postępowania, który skutkuje zwrotem przez sąd sprawy prokuratorowi w celu jego uzupełnienia; postanowienie SN z dnia 27.01.1979 r., IV KZ 207/78, OSNKW 1979/5/60.

⁴⁹² Art. 93 k.k. „Sąd może orzec środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa”.

padaczkowego lub po nim - zamącenie świadomości), zaburzenia reaktywne (reakcje sytuacyjne zaistniałe po dokonaniu czynu, niekiedy o charakterze reakcji psychotycznych). W przypadku tych ostatnich mamy do czynienia z dodatkowym problemem; co do zasady ich wystąpienie nie daje podstawy do kwestionowania poczytalności sprawcy - występują bowiem po dokonaniu czynu. Z drugiej strony zaburzenia reaktywne najczęściej występują u osób przejawiających odchylenie od normy psychicznej, uniemożliwiając ich prawidłową ocenę (np. upośledzenie umysłowe, infantyizm, organiczne zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości)⁴⁹³.

Pewnego komentarza wymaga również przepis art. 202 § 2 k.p.k., zgodnie z którym na wniosek psychiatrów do udziału w opinii powołuje się biegłego lub biegłych innych specjalności (np. psychologa, seksuologa, położnika), których wiedza może (wedle oceny psychiatrów) być pomocna w ustaleniu stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. W razie złożenia takiego wniosku (wniosek powinni złożyć obaj, a nie tylko jeden z biegłych psychiatrów), organ procesowy zobowiązany jest go uwzględnić (zatem nie ocenia on zasadności wniosku), przy czym nie może jednocześnie narzucić biegłym psychiatrom, aby korzystali z pomocy innych biegłych. Praktyka pokazuje, iż najczęściej wskazywani do udziału w wydaniu opinii są psycholodzy, a także seksuolodzy i neuropatolodzy⁴⁹⁴. Z treści art. 202 § 2 k.p.k. wynika wprost, że ustawodawca uznał dominującą rolę biegłych psychiatrów dla ustalenia stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. Przyjęcie takiej konstrukcji wynika z posłużenia się w art. 31 k.k. psychiatrycznym kryterium niepoczytalności - choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, inne zakłócenia czynności psychicznych - przy czym te ostatnie nie zawsze mają charakter patologiczny. Obejmują one bowiem także działanie w stanie stresu psychologicznego, ciąży, porodu, menstruacji, jak również takie jednostki chorobowe

⁴⁹³ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 141-142.

⁴⁹⁴ *Ibidem*, s. 204; A. Gaberle, *op. cit.*, s. 191; T. Grzegorzczak, *op. cit.*, s. 472; B. Kolasiński: *op. cit.*, s. 46; teza nr 2 wyroku SN z dnia 16.03.2006 r., IV KK 446/05, LEX nr 183073. Wśród chorych psychicznie stosunkowo często występują zaburzenia sfery życia seksualnego. Opinia biegłego seksuologa, niezależnie od wpływu na ocenę stanu psychicznego oskarżonego, może mieć znaczenie dla oceny osobowości sprawcy; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 62.

jak zespół stresu pourazowego (PTSD - *post traumatic stress disorder*) bądź ostra reakcja na stres (ASD - *acute stress disorder*)⁴⁹⁵. Do diagnozowania powyższych stanów psycholog posiada kompetencje tożsame z psychiatrą⁴⁹⁶, zaś diagnoza niepoczytalności winna być efektem wspólnej pracy psychiatry i psychologa⁴⁹⁷.

W powyższych przypadkach doniosłą rolę odgrywa postawa sądu, który w przypadku, gdy opinia biegłych psychiatrów nie rozwiewa jego wątpliwości, zawiera luki czy też niedomówienia, posiada kompetencję do konfrontacji przedstawionej opinii z wypowiedzią biegłego innej specjalności. Dotyczy to w szczególności przypadku, gdy biegli psychiatrzy powołani w sprawie nie złożyli

⁴⁹⁵ Stres jako zaburzenie lub kategoria diagnostyczna, nie ma swojego miejsca w obowiązujących klasyfikacjach. W ICD-10 określenie to zostało zawarte w grupie „Zaburzeń związanych ze stresem i pod postacią somatyczną” w podgrupie „Reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”, a w DSM-IV wśród „Zaburzeń lękowych”; W. Gruszczyński, A. Florkowski, B. Gruszczyński, A. Wysokiński: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych*, Polski Merkuriusz Lekarski, 2008, XXV, Suppl. 1,55, s. 55. Według kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR, w zaburzeniach stresowych pourazowych i ostrych, lęk powodowany jest przez niezwykle stresujące i traumatyczne wydarzenie które mogło spowodować śmierć lub groziło śmiercią, a które wielokrotnie przeżywane jest w snach i na jawie (wspomnienia). Charakterystyczne i utrwalone objawy wzmożonego pobudzenia przejawiają się trudnościami z zasypianiem, drażliwością, wybuchami gniewu, trudnościami z koncentracją, wzmożoną czujnością bądź też wzmożoną reakcją przestachu. Jeśli objawy trwają krócej niż 3 miesiące, mamy do czynienia z zaburzeniem stresowym pourazowym; jeśli 3 miesiące lub dłużej, w grę wchodzi przewlekłe zaburzenie stresowe pourazowe; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 181, 183. Diagnoza PTSD i ASD mieści się w obszarze „innych zakłóceń czynności psychicznych”, a co do zasady, jej wpływ na zachowanie zdolności do rozpoznawania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem w grupie sprawców przestępstw agresywnych, może skutkować znacznym ograniczeniem, a w skrajnych przypadkach nawet zniesieniem poczytalności; J. Heitzman: *Ekspertyza psychiatryczna*, s. 481.

Na marginesie warto nadmienić, iż liczne doniesienia (prezentowane w mediach, a także w publikacjach naukowych, np. „Lekarz Wojskowy”), o wzroście zachorowalności psychiatrycznej wśród polskich żołnierzy misji pokojowych w Iraku na ASD i PTSD, nie znalazły potwierdzenia. Żołnierze polscy w głównej mierze cierpieli na zaburzenia adaptacyjne o obrazie lękowym, określane jako zespół wyczerpania walką (ZWW); W. Gruszczyński, A. Florkowski, B. Gruszczyński, A. Wysokiński: *op. cit.*, s. 57.

⁴⁹⁶ D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 107.

⁴⁹⁷ J.K. Gierowski: *Psychiatria sądowa w Polsce - aktualny stan i perspektywy*, Palestra 2003/7-8/104, teza nr 1; A. Barczyk: *op. cit.*, s. 64-65. Powyższe potwierdził wyraźnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.10.1983 r. (II KR 214/83, OSNPG 1984/4/32), w którym podkreślono, iż wprawdzie lekarze psychiatry posiadają niezbędne wiadomości w przedmiocie określenia stanu zdrowia psychicznego oskarżonego, to jednakże psychiatra skupia swoją uwagę na zjawiskach patologicznych i bada je przede wszystkim z punktu widzenia biologiczno-lekarskiego; psycholog zaś interesuje się w zasadzie normalnymi zjawiskami psychicznymi i ocenia je z punktu widzenia swej wiedzy o życiu psychicznym i jego przejawach zewnętrznych. I dlatego wspólne badania i wspólna ocena, dokonane przez przedstawicieli tych różnych, choć pokrewnych specjalności, mogą okazać się niezwykle celowe pod kątem wykrycia prawdy w procesie.

stosownego wniosku i nie skorzystali z możliwości współpracy opiniodawczej z lekarzami innej specjalizacji. W takim przypadku sąd, opierając się o regulację art. 193 § 1 i 3 k.p.k. zapewniającą swobodę w zakresie powoływania biegłych takiej specjalności, jaka zdaniem sądu jest konieczna w celu wyjaśnienia okoliczności mających istotne znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, może powołać dodatkowego biegłego⁴⁹⁸. Prawdopodobność powyższego stanowiska potwierdza również wyrok SN z dnia 14.03.1991 r.⁴⁹⁹: *„Ostrożność wymaga rozważenia czynu także pod kątem ewentualnej patologii ciąży, która - jeżeli miała miejsce - mogła w jakiejś mierze ważyć na stanie zdrowia psychicznego i poczytalności oskarżonej w chwili czynu. Wyjaśnienie tej okoliczności wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu ginekologii i położnictwa, stąd też konieczne jest powołanie biegłego z tej specjalizacji, który wypowie się na temat przebiegu ciąży i jego ewentualnego wpływu na psychikę oskarżonej”*. W sytuacji odwrotnej, tzn. gdy w sprawie dopuszczono dowód z opinii lekarza innej specjalizacji niż psychiatra, np. biegłego seksuologa, zaś motywacja tej decyzji opierała się na istnieniu uzasadnionych wątpliwości co do jego poczytalności (sfery seksualno-psychiczno-popędowej), to należy je zweryfikować w sposób wskazany w przepisie art. 202 k.p.k. Jedynie w warunkach art. 202 § 2 k.p.k. opinia biegłego innej specjalności, mająca charakter opinii posiłkowej, może stanowić element kompleksowej opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego⁵⁰⁰. W świetle powyższego wątpliwości budzić może wyrok SN z dnia 14.09.2000 r.⁵⁰¹: *„(...) Dopiero w apelacji obrońca zgłosił wniosek o badanie oskarżonego, załączając jednocześnie zaświadczenie o zatruciu organizmu oskarżonego rtęcią. (...) Z dokumentów tych nie wynikało, aby dolegliwości te miały charakter stricte neurologiczny i mogły wpływać wyłączaingly lub ograniczająco na jego zdolność rozpoznania znaczenia przypisanego mu*

⁴⁹⁸ A. Gaberle: *op. cit.*, s. 192. Na marginesie warto nadmienić, iż w przepisie art. 93 k.k. przyjęto, iż decyzję o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia oskarżonego w odpowiednim zakładzie zamkniętym, sąd może podjąć po obligatoryjnym wysłuchaniu lekarzy psychiatrów i psychologa. Słusznym wydaje się więc postulat, aby psycholog zawsze brał udział w wydawaniu opinii psychiatrycznej, w szczególności w przypadku, gdy w grę wchodzi najpoważniejsze przestępstwa, w których potencjalnie zaistnieć może potrzeba orzekania o środkach zabezpieczających.

⁴⁹⁹ III KR 155/90, LEX nr 22066.

⁵⁰⁰ Wyrok SN z dnia 02.12.2002 r., III KKN 318/00, LEX nr 74476.

⁵⁰¹ IV KKN 222/99, LEX nr 51118.

czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. Dlatego też sąd ten uznał, że nie jest celowe i konieczne sięganie po opinię psychiatryczną (...)". Powszechnie wiadome jest, iż układ nerwowy jest dla rtęci metalicznej narzędziem krytycznym, powodującym m.in. zaburzenia czynnościowe typu zespołów nerwicznych o charakterze hiperstenicznym (tzw. nerwice rtęciowe), niezdolność ruchów, zaburzenia pamięci i koncentracji, uszkodzenie mózgu, obniżenie sprawności intelektualnej⁵⁰². W psychiatrii przyjmuje się, iż przewlekłe zatrucie rtęcią wywołuje objawy manii; jest to tzw. zespół szalonego kapelusznika⁵⁰³. W powyższej sprawie zachodziło prawdopodobieństwo, iż oskarżony wskutek określonego zdarzenia doznał ubytków w zakresie psychiki, zaś z faktu, iż organ procesowy nie poczuł się przekonany co do sprawdzenia tejże okoliczności, nie wynika rzeczywisty brak takiej potrzeby⁵⁰⁴.

Biegli psychiatrzy dokonują oceny stanu psychicznego sprawcy ambulatoryjnie⁵⁰⁵, a gdy zachodzi taka konieczność - w trakcie obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Na podstawie art. 11 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (także na podstawie art. 41 Kodeksu Etyki Lekarskiej), wydawanie świadectw, orzeczeń, opinii o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi lub skierowań do szpitala psychiatrycznego, może nastąpić wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego badania tej osoby przez lekarza. Przepis ten akcentuje bezwzględny obowiązek wydawania opinii o stanie zdrowia osoby badanej na podstawie osobistego jej badania, przy czym w toku tego badania lekarz może zlecić wykonanie badań dodatkowych i specjalistycznych innym lekarzom i pracownikom opieki zdrowotnej. Co oczywiste, treść dokumentu powinna być

⁵⁰² H. Langauer-Lewowicka: *Neurotoksyczność rtęci metalicznej - trudności diagnostyczne*, Medycyna Pracy 2003; 54 (4): 377-382, s. 379.

⁵⁰³ H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 165. Genezą powstania nazwy tej jednostki chorobowej, było powszechne używanie w XIX w. związków rtęci do produkcji filcowych nakryć głowy, co powodowało tak częste zatrucia, że utarło się powiedzenie „szalony jak kapelusznik”.

⁵⁰⁴ A. Gaberle: *op. cit.*, s. 187.

⁵⁰⁵ Procedurę przeprowadzania ambulatoryjnych badań sądowo-psychiatrycznych szczegółowo opisuje J. Przybysz (*Psychiatra sądowa. Część I...*, s. 19-27) oraz J. K. Gierowski i L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 295 – 305.

L. K. Paprzycki, opierając się na doświadczeniach Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego uważa, iż po obserwację psychiatryczną prowadzoną w warunkach szpitalnych sięgać należy w ostateczności; nawet w najtrudniejszych, najbardziej skomplikowanych sprawach, wystarczające jest posłużenie się badaniem ambulatoryjnym, choć odpowiednio długo trwającym; L. K. Paprzycki: *Prawna problematyka opiniowania...*, s. 140.

zgodna z ostateczną osobistą diagnozą lekarza wydającego dokument⁵⁰⁶. W świetle powyższego, nie jest więc wymagane, aby wszystkie potrzebne do wydania opinii badania zostały przeprowadzone razem i wspólnie przez powołanych biegłych⁵⁰⁷. Niektóre badania mogą być wykonane przez innych lekarzy na zlecenie biegłych; winny być wówczas przytoczone w protokolarnej części opinii, bądź w załączonych do niej sprawozdaniach⁵⁰⁸.

Zgodnie z art. 198 § 1 k.p.k., w miarę potrzeby udostępnia się biegłym akta sprawy. Tak więc organ procesowy powołując biegłych psychiatrów obowiązany jest dostarczyć im akta sprawy w części dowodowej niezbędnej do zajęcia stanowiska w przedmiocie stanu psychicznego sprawcy, jak również kompletną dokumentację lekarską⁵⁰⁹. Zaakcentować należy, iż w świetle judykatury, warunkiem *sine qua non* rzetelności opinii o stanie zdrowia psychicznego jest zapoznanie się z całą dokumentacją dotyczącą stanu zdrowia badanego oraz przeprowadzenie przez biegłych stosownych wywiadów i badań⁵¹⁰. Nadto niezbędnym warunkiem wydania przez biegłych lekarzy-psychiatrów opinii nie mającej zastrzeżeń, jest wykorzystanie wszystkich dostępnych danych co do stanu zdrowia oskarżonego, a w szczególności danych zawartych w szpitalnych kartach informacyjnych, historiach chorób lub innych dokumentach lekarskich, jeśli dokumenty takie istnieją, niezależnie od własnych badań ambulatoryjnych i danych uzyskanych z wywiadów lekarskich⁵¹¹.

Dodać należy, iż z uwagi na to, że ustawa karnoprosesowa wyróżnia opinię psychiatryczną spośród opinii innych specjalistów oraz dotyka materii delikatnej i bardzo trudnej do diagnozowania, w orzecznictwie Sądu Najwyższego sformułowano wymogi szczegółowe, którym opinia taka winna odpowiadać, jak również kryteria jej oceny. Przykładowo:

⁵⁰⁶ S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997, s. 94-95.

⁵⁰⁷ Wyrok SN z dnia 18.07.1970 r., RW 654/70, Informacja Prawnicza 1970/ 7-8/7.

⁵⁰⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 11.06.1992 r., II KR 62/92, KZS 1992/3-9/97.

⁵⁰⁹ Wyrok SN z dnia 30.09.1982 r., I KR 228/82, OSNPG 1983/4/47.

⁵¹⁰ Wyrok SN z dnia 03.02.1976 r., VI KRN 6/76, Gazeta Prawnicza 1976/8/4.

⁵¹¹ Wyrok SN z dnia 31.03.1980 r., II KR 56/80, OSNPG 1981/5/54.

- Opinia powinna zawierać opis metod i sposobu przeprowadzenia badań, określenie porządku, w jakim je przeprowadzono oraz przytaczać wszystkie argumenty oparte na okolicznościach, które mają związek z badanymi faktami, a które podbudowane są fachowymi wyjaśnieniami biegłych.
- Biegli powinni w opinii zająć stanowisko co do każdego faktu (dowodu) i na podstawie swoich wiadomości specjalnych wykazać, który z nich jest pomocny w określeniu stanu zdrowia psychicznego oskarżonego, a który nie i dlaczego.
- Biegli winni ustosunkować się do każdego dokumentu dotyczącego leczenia oskarżonego oraz uwzględnić wyniki badań biegłego psychologa⁵¹².
- Wartość dowodową opinii psychiatrycznej ocenia się na podstawie jej treści, braku sprzeczności, jasności stawianych wniosków, argumentacji, poczynionych ustaleń itd. Bez znaczenia dla oceny wartości dowodowej jest natomiast czas badania oskarżonego (...). O czasie trwania badania decydują więc biegli, którzy jeśli uznają, że nawet kilkuminutowe badanie jest wystarczające, mają w pełni prawo na takim badaniu poprzestać⁵¹³.
- Opinia sądowo-psychiatryczna winna zawierać takie obligatoryjne elementy, jak stwierdzenia dotyczące poczytalności oskarżonego i jego aktualnego stanu zdrowia oraz zdolności do brania udziału w czynnościach procesowych. Pozostałe elementy są fakultatywne i zależą od potrzeb danej sprawy. Nie można zatem stawiać zasadnego zarzutu co do braku tych fakultatywnych elementów opinii, skoro biegli nie dostrzegli konieczności wypowiedzania się w zakresie ewentualnego stosowania środka zabezpieczającego⁵¹⁴.
- O stosowaniu technik i metod badawczych decydują biegli na podstawie swojej wiedzy specjalnej, a nie strony, której takiej wiedzy nie mają. Strony posługują się zwykle poglądami laickimi, fetyszyzują niektóre techniki,

⁵¹² Wyrok SN z dnia 17.10.1983 r., II KR 214/83, OSNPG 1984/4/32.

⁵¹³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 04.10.2006 r., II AKa 124/06, LEX nr 283387.

⁵¹⁴ Postanowienie SN z dnia 04.10.2007 r., V KK 154/07, OSNwSK 2007/1/2176.

jakby od ilości kosztownych badań i stosowanej aparatury miało zależeć prawidłowe wykonanie zadania biegłych⁵¹⁵.

- Opinia psychiatryczna wydana zwłaszcza co do oskarżonego, który popełnił czyn karalny o niezrozumiałych motywach działania, powinna wszechstronnie analizować jego osobowość i w sposób kompleksowy i pełny wyjaśnić przyczyny odmiennego od przeciętności zachowania się tego oskarżonego. Opinia taka, poza charakterystyką sylwetki oskarżonego, winna podawać ogólne zasady postępowania leczniczo-wychowawczego, a nawet penitencjarnego, w razie konieczności umieszczenia oskarżonego w zakładzie karnym dla osób wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych⁵¹⁶.
- Biegli lekarze psychiatrzy analizują stan psychiki oskarżonego w chwili czynu, a więc nie tylko na okoliczność poczytalności, lecz także emocji rządzących osobą badaną (...) ⁵¹⁷.
- W sytuacji, gdy w nauce psychiatrii istnieją rozbieżne poglądy, obowiązkiem biegłego jest ich wskazanie oraz przytoczenie przesłanek, dla których przyjmuje jedno z nich, gdyż tylko wówczas sąd orzekający może opinię ocenić w sposób właściwy⁵¹⁸.
- Niezbędnym warunkiem wydania przez biegłych lekarzy psychiatrów opinii nie nasuwających zastrzeżeń, jest wykorzystanie wszystkich dostępnych danych zawartych w szpitalnych kartach informacyjnych, historiach chorób lub innych dokumentach lekarskich, jeżeli dokumenty takie istnieją, niezależnie od własnych badań ambulatoryjnych i danych uzyskanych z wywiadów lekarskich⁵¹⁹.

⁵¹⁵ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27.06.2006 r., II AKzw 403/06, KZS 2006/7-8/105.

⁵¹⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 15.03.2006 r., II AKa 35/06, LEX nr 181686.

⁵¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 28.02.2006 r., II AKa 30/06, KZS 2006/7-8/142.

⁵¹⁸ Wyrok SN z dnia 05.04.1978 r., V KR 43/78, OSNPG 1978/11/124.

⁵¹⁹ Wyrok SN z dnia 31.03.1980 r., II KR 56/80, OSNPG 1981/5/54.

Niejednokrotnie zdarza się jednak, iż wydanie opinii sądowo-psychiatrycznej nie jest możliwe w trybie ambulatoryjnym. Szczególnie dotyczy to przypadków charakteryzujących się skomplikowanymi okolicznościami, dużą wagą zarzucanego oskarżonemu czynu i trudnościami diagnostycznymi. W takich wypadkach zachodzi konieczność poddania oskarżonego obserwacji sądowo-psychiatrycznej w szpitalu psychiatrycznym, w sposób przewidziany w przepisie art. 203 k.p.k. Umieszczenie oskarżonego (podejrzanego) na obserwacji w zakładzie leczniczym stanowi niewątpliwą formę rzeczywistego pozbawienia go wolności. Potrzeba stosowania obserwacji psychiatrycznej musi być więc weryfikowana przez sąd nie tylko pod kątem przydatności do stwierdzenia stanu poczytalności oskarżonego *tempore criminis* i *tempore procedendi*, ale również pod kątem dopuszczalności ograniczeń konstytucyjnie gwarantowanej wolności osobistej⁵²⁰. Problematyka ta wymaga bliższego przyjrzenia się, albowiem pierwotna treść przepisów § 1 i 2 w związku z § 3 art. 203 k.p.k.⁵²¹, została wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10.07.2007 r.⁵²² uznana za sprzeczną z Konstytucją RP. W konsekwencji przepisy te utraciły moc obowiązującą z upływem 15 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku. Trybunał, obawiając się zapewne negatywnych konsekwencji wynikających z potencjalnej luki prawnej, uznał powyższy termin za „wystarczający dla wprowadzenia w życie regulacji karnoprocesowej przed jego upływem”. Niestety, skutek grzechu zaniechania, dla ustawodawcy wyznaczony termin okazał się za krótki i w rzeczywistości od dnia 19.10.2008 r. do dnia 24.02.2009 r. (wejście w życie ustawy z dnia 05.12.2008 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego, w której dokonano nowelizacji art. 203 k.p.k.), luka taka zaistniała. Powyższa sytuacja prawna zrodziła wiele wątpliwości; dotyczy to w szczególności przypadku osób, w stosunku do których przed dniem 19.10.2008 r. orzeczonej został przez organ procesowy

⁵²⁰ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 14.11.2008 r., II AKz 544/08, LEX nr 477844.

⁵²¹ Art. 203 k.p.k. § 1. „W razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności, badanie psychiatryczne oskarżonego może być połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym. § 2. Orzeka o tym sąd, określając miejsce obserwacji. W postępowaniu przygotowawczym sąd orzeka na wniosek prokuratora. § 3. Obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 6 tygodni; na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. O zakończeniu obserwacji biegli niezwłocznie zawiadamiają sąd”.

⁵²² OTK-A 2007/7/75.

obowiązek poddania się obserwacji sądowo-psychiatrycznej, a które winny poddać się im po utracie mocy obowiązującej art. 203 k.p.k., czyli w momencie, kiedy sąd takich obserwacji nie orzekłby, z uwagi na derogowanie z polskiego systemu prawa karnego procesowego ww. regulacji. Wykładni powyższych sytuacji dokonał Sąd Najwyższy w postanowieniach z dnia 25.02.2009 r.⁵²³, zgodnie z którymi od dnia 19.10.2008 r. orzeczenia o zarządzeniu lub przedłożeniu obserwacji nie podlegały wykonaniu. W sytuacji gdyby do wykonania orzeczenia o zarządzeniu lub przedłużeniu internacji rzeczywiście doszło, wówczas osobie, której ono dotyczyło, przysługuje prawo do wystąpienia z powództwem odszkodowawczym przeciwko Skarbowi Państwa przed sądem cywilnym.

W aktualnym brzmieniu art. 203 k.p.k.⁵²⁴ przyjęto, iż warunkiem koniecznym do zarządzenia obserwacji (internacji), jest zebranie dowodów wskazujących na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełnił przestępstwo (§ 1). W tym samym przepisie dodano rozwiązanie nakazujące odpowiednie stosowanie art. 259 § 2 k.p.k. Oznacza to zakaz stosowania obserwacji, gdy na podstawie okoliczności sprawy można przewidywać, że sąd orzeknie w stosunku do oskarżonego karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę łagodniejszą, bądź też gdy okres obserwacji przekroczy przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia. Ustawodawca pozostawił co prawda możliwość zarządzenia obserwacji w takim przypadku, ale z zastrzeżeniem wyrażenia zgody przez oskarżonego. Z kolei w przepisie art. 203 § 3 k.p.k. wprowadzono rozwiązanie przewidujące, że obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie, zaś łączny czas obserwacji nie może

⁵²³ I KZP 37/08, OSNKW 2009/4/28 oraz I KZP 38/08, OSNKW 2009/4/29.

⁵²⁴ „§ 1. W razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności, badanie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego może być połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym tylko wtedy, gdy zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełnił przestępstwo. Przepis art. 259 § 2 stosuje się odpowiednio, chyba, że oskarżony wnosi o poddanie go obserwacji. § 2. O potrzebie obserwacji w zakładzie leczniczym orzeka sąd, określając miejsce i czas trwania obserwacji. W postępowaniu przygotowawczym sąd orzeka na wniosek prokuratora. Przepisy art. 249 § 3 i 5 stosuje się odpowiednio.

§ 3. Obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie; na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji; łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może przekroczyć 8 tygodni. O zakończeniu obserwacji biegli niezwłocznie zawiadamiają sąd”.

przekroczyć 8 tygodni. Niestety nowa regulacja budzi wątpliwości. Największym problemem zdaje się być granica 8 tygodni dla łącznego trwania obserwacji psychiatrycznej w postępowaniu. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez S. Łagodzińskiego z Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, 7% prowadzonych obserwacji – i to w stosunku do groźnych sprawców czynów zabronionych – przekracza maksymalny termin obserwacji 8 tygodni. Nowy stan prawny nie tworzy żadnych racjonalnych możliwości rozwiązania tego problemu⁵²⁵. Oczywiście jest również, iż pomimo nowelizacji art. 203 k.p.k., aktualne pozostają wypowiedzi doktryny w przedmiocie kompetencji zarezerwowanej jedynie dla biegłych psychiatrów, tj. zgłoszenia konieczności obserwacji oskarżonego w zakładzie leczniczym. Tylko bowiem biegli psychiatrzy posiadają odpowiednią wiedzę i są powołani do oceny stanu psychicznego i poczytalności, zatem do nich należą kompetencje do podejmowania kluczowych decyzji. Nie mogą o tym decydować biegli innych specjalności, np. psycholodzy czy seksuolodzy, chociażby ich powołano w trybie art. 202 § 2 k.p.k.⁵²⁶. Również sąd nie może samodzielnie kierować oskarżonego na obserwację, jeśli biegli nie stawiają wniosku o poddanie oskarżonego obserwacji w zakładzie leczniczym. Jest to metoda badań, a dla oceny, czy jest ona niezbędna, konieczne jest posiadanie wiadomości specjalnych⁵²⁷. Warto dodać, iż sąd nie jest także uprawniony do skierowania podejrzanego (oskarżonego) ponownie na badania psychiatryczne połączone z obserwacją szpitalną, jeżeli biegli lekarze nie zgłosili żądania w tej kwestii, uznając wyniki krótkiej obserwacji za wystarczające do wydania opinii⁵²⁸.

Koniecznym wydaje się dodatkowe przedstawienie w sposób zwięzły problematyki pojawiającej się przy opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym osób ze

⁵²⁵ K. Spruś: *Obserwacja psychiatryczna po lutowej nowelizacji*, artykuł zamieszczony na stronie internetowej Prokuratury Okręgowej w Zielonej Górze (<http://www.zielona-gora.po.gov.pl/index.php?id=26>, stan na dzień 14.08.2010 r.)

⁵²⁶ T. Grzegorzcyk, *op. cit.*, s. 475; D. Hajdukiewicz: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego...*, s. 109.

⁵²⁷ Wyrok SN z dnia 07.02.1986 r., IV KR 15/86, OSNPG 1986/11/150; postanowienie SN z dnia 01.10.2004 r., III KK 28/04, LEX nr 126705.

⁵²⁸ Postanowienie SN z dnia 13.12.1985 r., I KZ 231/85, OSNKW 1986/9-10/82.

schizofrenią. Schizofrenia i jej przebieg mają charakter złożony. Psychoza ta występuje w wielu formach klinicznych, jej przebieg jest ściśle związany z ewoluującym procesem zmierzającym w większości przypadków do dezintegracji struktury psychicznej człowieka. Jak to omówiono w rozdziale I niniejszej rozprawy, brak jest wiedzy na temat etiologii schorzenia, a co za tym idzie, leczenie sprowadza się do leczenia objawowego. Dodatkowe problemy rodzi zjawisko remisji, czyli całkowitego lub częściowego zejścia psychozy, jak również ich kwalifikacji, czy mamy do czynienia jedynie tzw. przeblyskiem świadomości, czy też z trwałym uleczeniem schorzenia.

W postępowaniu karnym diagnoza schizofrenii staje się zwykle problemem opiniodawczym, gdy chory jest sprawcą przestępstwa, a zadaniem biegłych jest ocena poczytalności, zdolności do uczestniczenia w czynnościach procesowych i wydanie opinii w przedmiocie możliwości dokonania podobnego czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej. Konflikty chorych na schizofrenię z porządkiem prawnym mają różnorodny charakter; najbardziej dramatyczne są zabójstwa, najczęściej osób bliskich. Sposób ich wykonania i zachowanie się sprawcy od pierwszej chwili zwracają uwagę na patologiczną motywację. Często też są różnego rodzaju pomówienia, fałszerstwa, drobne kradzieże, podpalenia, przestępstwa przeciw mieniu. Zakłada się, iż chory na schizofrenię, nawet o łagodnym przebiegu, jest niepoczytalny bez względu na charakter popełnionego czynu i możliwość zrozumienia motywów jego działania. Przy uwzględnieniu tejże zasady, opiniowanie nie napotyka na trudności, gdy czyn został popełniony w okresie rozwiniętej psychozy, a sprawca kierował się patologiczną motywacją. Oczywistym jest, iż sprawca czynu zabronionego - schizofrenik, działając w stanie psychozy, nie może rozumieć znaczenia swojego czynu, ani nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem. Trudności pojawiają się wówczas, gdy czyn ten został popełniony w stanie poprzedzającym pojawienie się psychozy, bądź będącym jej zejściem⁵²⁹.

⁵²⁹ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa*. Cz. I..., s. 104-105, 108.

Psychiatria sądowa stoi na stanowisku, iż niezwykle rzadko zdarza się, aby schizofrenia rozpoczynała się od czynu karalnego. Zdarza się, że wybuch choroby jest na kilka tygodni lub miesięcy poprzedzony krótkim epizodem niezwykle i zaskakującego zachowania (przy braku zrozumiałych motywów działania), niezgodnego z charakterem i dotychczasową linią życiową chorego, który E. Brzezicki określił jako **paragnomen**. Gdy tego rodzaju epizod, będący pierwszym zwiastunem schizofrenii, doprowadza do przestępstwa, określa się go mianem tzw. *delictum initiale*. Czas pomiędzy paragnomenem a ujawnieniem się rozwiniętego obrazu psychozy ma wynosić od kilku dni do wyjątkowo kilku miesięcy. Gdy jest traktowany jako jej pierwszy objaw zwiastunowy (inicjalny), skutkuje niepoczytalnością. Opisywane jako paragnomeny są najczęściej czyny przeciwko zdrowiu i życiu, zaskakujące otoczenie brakiem motywacji, dziwacznością, brutalnością, sprzeczne z dotychczasową osobowością sprawcy. Zabójstwa we wstępnym okresie choroby są najczęściej dokonywane prymitywnie, bez przygotowania i zachowania zwykłych środków ostrożności, czasem na oczach wielu świadków. Czyn taki zawsze winien nasuwać podejrzenie paragnomenu, zaś rozpoznanie może zostać ustalone w trakcie stosownej obserwacji szpitalnej⁵³⁰. W piśmiennictwie spotyka się jednak przykłady nierozpoznania przez biegłych schizofrenii, pomimo istnienia wyraźnych objawów osiowych. Nadto biegli wskazują na ograniczoną poczytalność sprawcy (co skutkuje fakultatywną możliwością złagodzenia kary), uzasadniając powyższą tezę tym, że występują okresy, gdy schizofrenia nie zakłóca strony intelektualnej ani woluntatywnej. Najczęściej jednak przyjmowanie pełnej poczytalności sprawcy lub jej ograniczenia w przypadku schizofrenii spotyka się w okresach długotrwałej remisji psychozy. Dotyczy to więc przypadków, gdy po przebytej psychozie nie udaje się stwierdzić objawów defektu, a wieloletnie katamnezy nie ujawniają zakłóceń w funkcjonowaniu społecznym. Przyjęcie takiej możliwości wymaga jednakże równoczesnego uznania, iż schizofrenia jest w pełni uleczalna. Tego typu przypadki bez wątpienia są wysoce kontrowersyjne; jedni biegli zaliczą je do schizofrenii,

⁵³⁰ J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki: *op. cit.*, s. 82-83.

dopatrując się w cechach osobowości objawów dyskretnego defektu (bądź też nawrotu „utajonej” psychozy pod wpływem traumatyzujących bodźców), inni zaś uznają, iż przebyta psychoza nie ma wpływu na aktualny stan psychiczny sprawcy, tym samym uzasadniając opiniowanie zachowanej poczytalności⁵³¹. Diagnozy stanu psychicznego najczęściej ujawniają trwałe, popsychotyczne zaburzenia osobowości lub zmiany charakterologiczne, które są traktowane jako objaw szczątkowy schizofrenii, efekt choroby mózgu, zmian w receptorach bądź rezultat leczenia farmakologicznego⁵³². Opiniując niepoczytalność chorych na schizofrenię sprawców, zachodzi konieczność rozważenia zastosowania leczniczych środków zabezpieczających. Zdarza się bowiem, iż mając do czynienia z chorym w stanie psychozy wymagającym leczenia szpitalnego, biegli psychozę tę skłonni są uznać w swojej opinii za uzasadniającą zastosowanie środka leczniczego, nie biorąc pod uwagę potrzeby hospitalizacji sprawcy w celach terapeutycznych⁵³³.

5. EKSPERTYZA DOKUMENTÓW SPORZĄDZONYCH PISMEM RĘCZNYM.

Kierując się tematyką niniejszej rozprawy, należy skierować przedmiot uwagi na ekspertyzę dokumentów sporządzonych pismem ręcznym.

Szybki rozwój naukowo-techniczny, którego pokłosiem jest nieustanna progresja metod fałszerstwa dokumentów oraz rosnący trend ilości różnego rodzaju dokumentów nieodłącznie związanych z aktywnością człowieka w życiu codziennym, skutkuje zwiększeniem zapotrzebowania organów ochrony prawnej na specjalistyczne opinie z zakresu badań identyfikacyjnych pisma ręcznego⁵³⁴. Stosunki

⁵³¹ W krańcowych ujęciach schizofrenia przedstawiana jest jako psychoza o określonym czasie trwania, mogąca ustąpić bez uchwytnych ubytków stanu psychicznego, albo jako choroba psychiczna o przewlekłym charakterze, która zawsze pozostawiająca zawsze mniej lub bardziej nasilony efekt; J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Cz. I...*, s. 105.

⁵³² J. Heitzman: *Schizofrenia na wadze Temidy...*, s. 94-101.

⁵³³ J. Przybysz: *Psychiatria sądowa. Cz. I...*, s. 108.

⁵³⁴ A. Głazek, W. Krzywicki, A. Kotarba, G. Topolewska: *Znaczenie dowodowe ekspertyzy pisma ręcznego w procesie sądowym*, [w:] Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 1986 r.,

społeczne o charakterze majątkowym i niemajątkowym, bez których nie jest możliwe funkcjonowanie w dzisiejszym świecie, wymagają bowiem sporządzenia różnorodnych dokumentów, takich jak weksle, dyspozycje przelewu, umowy cywilnoprawne, czek, zaciąganie kredytów czy w końcu sporządzanie testamentów. Ekspertyza pismoznawcza jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych rodzajów ekspertyz sądowych, która znajduje zastosowanie w czasie badań różnych rodzajów przestępstw, takich jak zabór mienia dokonany w drodze fałszowania dokumentów, przestępstw urzędowych, zabójstw⁵³⁵. Potencjalne zastosowanie badań pisma ręcznego jest więc szerokie, a ich rezultaty mają zastosowanie w dziedzinie prawa karnego, cywilnego i administracyjnego⁵³⁶.

Dowód z ekspertyzy dokumentów sporządzonych pismem ręcznym ma charakter dowodu drugiego stopnia, co oznacza, iż sam biegły, będąc źródłem dowodowym, dokonuje ustaleń w oparciu o inne źródło dowodowe - dokument⁵³⁷. W dalszej części przedstawione zostaną: problematyka przedmiotu badań pismoznawczych, materiał badawczy w ekspertyzie pisma, zakres pytań, na jakie odpowiedzieć ma opinia w zakresie badania pisma, etapy badań pismoznawczych, charakterystyka metody graficzno-porównawczej, utrudnienia, na jakie napotyka ekspert przy badaniu pisma, problematyka błędów, jakie mogą się pojawić

s. 240; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania patologicznego pisma ręcznego*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 63.

⁵³⁵ W. Podpałyj: *Pismoznawcze i kryminalistyczne badania dokumentów*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003, s. 252.

⁵³⁶ Konieczność powołania biegłych - ekspertów z zakresu badań porównawczych pisma, wynikała przede wszystkim z potrzeb postępowań przygotowawczych prowadzonych w sprawach karnych (około 90% przypadków). Dotyczy to w głównej mierze prowadzenia postępowań z art. 270 k.k. (podrobienia czy przerobienia dokumentu), 271 k.k. (poświadczenia nieprawdy), 272 k.k. (wyłudzenia poświadczenia nieprawdy), art. 273 k.k. (posługiwanie się podrobionym dokumentem jako autentycznym). Przedmiotem badań były: zaświadczenia o zarobkach, umowy kupna-sprzedaży, umowy kredytowe, czek, dokumenty związane z legalizacją pojazdów - dowody rejestracyjne, celne, pojazdów sprowadzanych, służące wyłudzeniu VAT-u, dokumenty stanowiące o własności nieruchomości, ale i testamenty, bilety komunikacyjne, losy loteryjne, znaki pieniężne (w tym euro), stare dowody osobiste, paszporty, karty pobytu obcokrajowców, anonimy, sygnatury na obrazach itp.; K. Sławik, K. Bronowska: *Biegli i ich ekspertyzy pisma*, Problemy Kryminalistyki z 2005 r., Nr 247, s. 5-10.

⁵³⁷ Z. Kegel: *Dowód z ekspertyzy pismoznawczej w polskim procesie karnym*, Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1973, s. 11.

w badaniach pisma ręcznego oraz kwestia oceny dowodu z opinii biegłego przez organ procesowy i wartości dowodowej opinii pismoznawczej.

Pismo ręczne należy uznać za jeden z najbardziej znamienitych śladów działania człowieka. Stanowi jednocześnie niezwykle skomplikowany proces neuropsychiczny. W tym miejscu pominięte zostaną spory dotyczące definicji pisma ręcznego oraz samej ekspertyzy pismoznawczej⁵³⁸. Fundamentem kryminalistycznych badań pismoznawczych jest fakt, iż w piśmie ręcznym każdego człowieka jest obecny oddzielny, indywidualny zespół cech; pismo każdego człowieka jest więc niepowtarzalne⁵³⁹. Upraszczając, czynność pisania powodowana jest głównie czynnikiem kinestatycznym (ruchowym i czuciowym) oraz czynnikiem wzrokowym, umożliwiającym określenie kształtów i rozmiarów liter oraz ich estetyki. Żadne jednak sensowne pod względem formy i treści pisanie nie byłoby możliwe bez udziału czynnika „wyższego rzędu”, który porządkuje cały proces

⁵³⁸ Niemniej warto przytoczyć wyczerpującą definicję pisma utworzoną przez Z. Kęglę, który przez pismo rozumie nie tylko zespół przyjętych powszechnie znaków, utrwalonych na jakimkolwiek podłożu, a więc pismo klinowe, obrazkowe, hieroglify, pismo greckie, czy łacińskie, tj. pismo w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz także znaki wodne na banknotach, tatuaże, wszelkiego rodzaju szyfry, znaki pojedyncze, nietypowe, sporządzone przez danego osobnika z myślą służenia wyłącznie jemu, pismo ukryte (sympatyczne), odciski wizerunków pieczęci, same wizerunki pieczęci, znaki wypalone - prościej: każdy znak utrwalający na jakimkolwiek (przedmiocie) podłożu myśl ludzką; Z. Kegel: *Dowód z ekspertyzy...*, s. 42-47. A. Feluś definicję pisma ręcznego przytacza w swojej monografii niejako na marginesie, uznając je za substrat dla znaków fonicznych, służący do przekodowywania języka mówionego na język pisany; jako wytwór psychofizyczny podlega procesowi personalizacji i różnorodnym fluktuacjom na drodze rozwoju osobniczego człowieka; A. Feluś: *Odchylenia materialne w piśmie osobniczym*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1979, s. 7.

Z. Czeczot pismem ręcznym nazywa znaki wykonywane przez człowieka na jakimś podłożu stałym (lub w takim podłożu), wyrażające pewną treść myślową; pismem są jednak tylko takie znaki rysunkowe lub pisarskie, które mają na celu przekazanie jakichś informacji innym osobom lub utrwalenie pewnych informacji dla siebie samego; Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne pisma ręcznego*, Wydawnictwo ZK KGMO, Warszawa 1971, s. 11-12. Z kolei W. Wójcik uznaje, iż pismo ręczne jest wytworem świadomej działalności człowieka, w celu przekazania myśli osobom trzecim; stanowi ono bardzo specyficzny typ śladu, w którym obok cech fizycznych (konkretnych znaków graficznych, powstałych w wyniku ruchów ręki), istnieją także cechy językowe i treściowe, będące rezultatem złożonej działalności psychicznej człowieka; W. Wójcik: *Podstawowe problemy badania pisma*, Departament Szkolenia i Wydawnictw MSW, Warszawa 1971, s. 52.

⁵³⁹ E. Napieralska-Ozga: *Wybrane zagadnienia wpływu zmian ustroju psychofizycznego człowieka oraz innych czynników na wygląd pisma ręcznego, a w szczególności podpisów*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 102; B. Chyc: *Zmienność obrazu pisma jak skutek warunków pisania*, *Problemy Kryminalistyki* 1980 nr 147-148, s. 653; P. Horoszowski: *Kryminalistyka*, PWN, Warszawa 1958, s. 544.

pisania; jego rola sprowadza się głównie do rozumienia znaczenia graficznych symbolów w ich wzajemnych werbalizujących i pojęciowych związkach⁵⁴⁰.

Ekspertyza pismoznawcza wiąże się przede wszystkim z tekstami będącymi w kręgu zainteresowania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości⁵⁴¹ i najczęściej są to:

- anonimy adresowane do instytucji państwowych (np. anonimy zawiadamiające o przestępstwie, anonimy wskazujące sprawcę przestępstwa, anonimy wskazujące na nieprawidłowości w funkcjonowaniu przedsiębiorstw itp.);
- anonimy adresowane do osób prywatnych (np. anonimy wymuszające okup, anonimy zniesławiające, anonimy o treści wulgarnej, obelżywej, pornograficznej, z pogrózkami);
- listy pożegnalne samobójców;
- testamenty;
- teksty umów;
- listy mogące być dowodem w sprawie o ustalenie spornego ojcostwa, w sprawach o rozwód itp.;
- inne teksty (np. wszelkiego rodzaju pokwitowania)⁵⁴².

Przedmiotem badań są także podpisy w przypadkach, gdy osoba kwestionuje autentyczność swojego podpisu, twierdząc, że został on nakreślony przez inną osobę oraz podpisy autentyczne, ale kwestionowane przez strony⁵⁴³.

⁵⁴⁰ R. Soszalski: *Próba kryminalistycznej oceny pisma zaburzonego*, Problemy Kryminalistyki 1979, nr 141, s. 582. Neurobiologiczne podstawy czynności pisania będą przedmiotem pogłębionych rozważań w III rozdziale niniejszej rozprawy.

⁵⁴¹ V. Podpałyj podkreśla, że przedmiotem badania ekspertyzy sądowo-pismoznawczej są wystarczająco długie teksty dokumentów, fragmenty tekstu, krótkie notatki, zapisy cyfrowe, podpisy, które zostały wykonane: a) w normalnych warunkach, b) charakterem pisma, zmienionym pod wpływem działania niezwykłego stanu lub okoliczności, w jakich został napisany tekst (niewygodna sytuacja, nie stosowane zwykle przybory do pisania, zwiększone fizycznie napięcie, zamroczenie alkoholowe), c) charakterem pisma, specjalnie zmienionym poprzez pisanie literami drukowanymi, nie tą co zwykle ręką, zmienionym, poprzez naśladowanie charakteru pisma innej osoby itd., d) z wykorzystaniem środków technicznych, w szczególności kalki, drogą odtwarzania lub przerysowania; V. Podpałyj: *Ekspertyza pismoznawcza*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 450.

⁵⁴² A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie języka i analizy treści*, [w:] *Kryminalistyka*, (red.) Widacki J., C.H. BECK, Warszawa 1999, s. 214.

Ekspertyza kryminalistyczna ma odpowiedzieć na pytanie, czy zakwestionowany rękopis został sporządzony przez określoną osobę⁵⁴⁴. Ma ona więc na celu identyfikację osoby, która dane pismo nakreśliła⁵⁴⁵. Wszystkie inne pytania są z tym związane⁵⁴⁶. Przy badaniach pisma ręcznego może więc chodzić o stwierdzenie⁵⁴⁷:

- czy cały tekst jest spontaniczny, autentyczny, (czy nosi cechy przerobienia lub podrobienia);
- czy pewne fragmenty tekstu nie zostały nakreślone przez różne osoby (a więc czy cały tekst został napisany przez jedną osobę);
- czy podpis jest autentyczny;
- od kogo pochodzi tekst (cały bądź jego fragment);
- kto podrobił nieautentyczny podpis.

Z kolei Z. Kegel wskazuje, że badania pisma ręcznego mają na celu:

- ustalenie, czy pismo pochodzi od jednego czy też od kilku autorów;
- ustalenie, czy jedna osoba pisała i komponowała tekst, czy też znaki graficzne są dziełem jednej osoby, a kompozycje tekstu innej;
- ustalenie autora pisma;
- ustalenie stanu psychofizycznego autora pisma;
- ustalenie czasookresu sporządzenia pisma⁵⁴⁸.

⁵⁴³ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 123-124. A. Feluś wyróżnił i zdefiniował cztery rodzaje podpisów: pełnobrzmiący, skrócony, parafę oraz monogram; A. Feluś: *Podpisy. Studium z pismoznawstwa kryminalistycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1987, s. 30-33.

⁵⁴⁴ W. Wójcik: *Badania porównawcze pisma ręcznego*, *Problemy Kryminalistyki* 1958, nr 14, s. 414.

⁵⁴⁵ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, Warszawa 1971, s. 73.

⁵⁴⁶ Zadania identyfikacyjne mogą być konkretyzowane poprzez następujące pytania: 1. Która z wytypowanych osób wykonała odręczny tekst lub jego część? 2. Która z konkretnych osób wykonała notatkę? 3. Czy teksty różnych dokumentów lub różne części jednego dokumentu zostały wykonane przez jedną osobę? 4. czy podpis złożony w imieniu określonej osoby został wykonany przez nią samą czy przez inną osobę? 5. czy tekst dokumentu i podpis pod nim został wykonany przez tą samą osobę?

Warto wspomnieć, iż badania pismoznawcze mogą być również klasyfikujące i diagnostyczne. Zadania klasyfikujące przewidują ustalenie za pomocą charakteru pisma właściwości osoby, charakterystycznych dla określonych grup ludzi, które piszą. Zadania diagnostyczne mają na celu rozpoznanie czasu i warunków, w jakich została napisana konkretna notatka oraz stanu, w jakim znajdował się wykonawca; V. Podpałyj: *Ekspertyza...*, s. 451-452.

⁵⁴⁷ P. Horoszowski: *Kryminalistyka*, s. 543.

⁵⁴⁸ Z. Kegel: *Dowód z ekspertyzy...*, s. 61.

Aktualnie powszechnie stosowaną metodą w kryminalistycznych badaniach pisma jest metoda graficzno-porównawcza, która polega na kompleksowej analizie wszelkich cech pisma ręcznego, pozwalającej na ustalenie i porównanie możliwości psychofizycznych wykonawcy⁵⁴⁹. Założenia tej metody uwzględniają więc problematykę psychofizjologii pisma i na niej opierają zagadnienia indywidualności. W ramach tej metody, przedmiotem analizy są w szczególności: treść i tekst dokumentu (mogą dostarczyć wielu cennych informacji o wykonawcy tekstu, m.in. wykształceniu, wieku, płci), odchylenia materialne (np. właściwości topograficzne i geometryczne, budowa pojedynczych znaków), środek kryjący i podłoże (mogą one dostarczyć np. pewnych wskazówek co do czasu sporządzenia dokumentu)⁵⁵⁰. Konsekwencją ww. podejścia jest przeprowadzenie analizy pisma w sposób wszechstronny, obejmujący bardzo różnorodne cechy grafizmu. Metoda ta nie uznaje prymatu żadnej z cech pisma ręcznego; analizie porównawczej podlegają wszystkie cechy występujące w danym piśmie, a wagę ich zgodności bądź niezgodności w materiale kwestionowanym i porównawczym ocenia się w sposób indywidualny, zależny od konkretnego przypadku⁵⁵¹.

Dużą rolę w ekspertyzie pisma ręcznego wykonywanej metodą graficzno-porównawczą odgrywa materiał badawczy, na który składa się materiał dowodowy i porównawczy. O ile ten pierwszy nie jest zależny od organu procesowego czy też biegłego i pozostaje poza ich kontrolą, o tyle materiał porównawczy ma znaczenie wyjątkowe. Ważkość tego materiału wynika z podstawowego dla ekspertyzy kryminalistycznej faktu - odruch graficzny, za pomocą którego każdy człowiek

⁵⁴⁹ W. Wójcik: *Badania porównawcze...*, s. 414.

⁵⁵⁰ A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie pisma ręcznego*, [w:] *Kryminalistyka*, (red.) Widacki J., C.H. BECK, Warszawa 1999, s. 202-213; A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie języka...*, *op. cit.*, s. 214-222; W. Gutenkust: *Kryminalistyka. Zarys systematycznego wykładu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1974, s. 483. Do jednej z ciekawszych klasyfikacji cech pisma, należy zaliczyć katalog stworzony przez zespół polskich ekspertów pisma w latach 1984-1989 w ramach Jesiennej Szkoły Empirycznych Badań Pisma Ręcznego działającej przy Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Wyróżniono katalog cech graficznych pisma ręcznego (w ramach którego wyróżniono cechy: syntetyczne, topograficzne, motoryczne, mierzalne, konstrukcyjne, dodatkowe cechy podpisów) oraz katalog cech językowo-treściowych, w którym wyróżniono takie kategorie jak struktura języka i zawartość treściowa; A. Koziczak: *Metody pomiarowe w badaniach pismoznawczych*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1997, s. 37-46.

⁵⁵¹ *Ibidem*, s. 59.

tworzy pismo osobnicze, nie powtarza się; człowiek nigdy nie pisze identycznie - pisze indywidualnie, odmiennie od każdego człowieka⁵⁵². Zbieranie materiału porównawczego z reguły poprzedza przystąpienie biegłego do badań. Materiał ten dzieli się na bezwzględny i wpływowy. Truizmem jest twierdzenie, iż najdoskonalszym materiałem porównawczym jest materiał bezwzględny (pisma natury prywatnej, sporządzone na użytek dnia codziennego - pamiętniki, notatki osobiste, korespondencja, czy natury urzędowej - podania, życiorysy)⁵⁵³. Z uwagi na fakt, iż nie zawsze jednak materiał taki istnieje, należy dokonać pobrania próbek pisma⁵⁵⁴. Nie wdając się w głębsze wywody w kwestii wartościowania materiału wpływowego i bezwzględnego, warto nadmienić, iż zarówno materiał wpływowy jak i bezwzględny winien być tak dobrany, aby zawierał możliwie jak największą liczbę charakterystycznych dla danej osoby cech pisma oraz aby uwzględniał ilościowe i jakościowe odmiany tych cech⁵⁵⁵.

Zasady pobierania materiału porównawczego są stosunkowo szeroko opisane w literaturze przedmiotu⁵⁵⁶, niemniej warto podkreślić, iż zgromadzenie właściwego

⁵⁵² A. Feluś: *Pobranie materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] Nauka wobec przestępczości, Księga ku czci Profesora Tadeusza Hanauska, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2001, s. 112; J. Bartosiewicz: *Przyczyny podejmowania błędnych opinii w ekspertyzach porównawczych pisma zdeformowanego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1266; J. A. Justes: *Neuropsychologia podmiotu fałszującego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1326. Warto jednak zwrócić uwagę na zjawisko przypadkowego podobieństwa grafizmów osobniczych, w tym wynikającego z tzw. podobieństwa środowiskowego oraz grafizmów sobowtórów; T. Widła: *Przypadkowe podobieństwa grafizmów*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 383- 388.

⁵⁵³ W. Wójcik: *Ogólne zasady pobierania materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, Problemy Kryminalistyki, 1957, nr 8, s. 243. Materiałami wpływowymi nazywa się próbki pisma wytworzone przez osobą podejrzaną, dla potrzeb identyfikacji w obecności biegłego bądź organu procesowego. Dostarczający próbki ma wiedzę, iż będą one służyć jako materiał porównawczy przy badaniach identyfikacyjnych; A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie pisma...*, s. 210.

⁵⁵⁴ Z. Kegel: *Zależność poprawności opinii z ekspertyzy pismoznawczej od materiału porównawczego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, Tom II (red.) Kegel Z., Wrocław 2002, s. 938.

⁵⁵⁵ Z. Czeczot: *O prawidłowe pobieranie materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, Biuletyn Prokuratury Generalnej, 1966, nr 11-12, s. 30. O tym, że najlepszy materiał porównawczy stanowi nie ten wykonany na potrzeby konkretnej sprawy, lecz materiał bezwzględny, wspominał m.in. W. Wójcik: *Ogólne zasady pobierania...*, s. 243. Do walorów tego typu materiału bez wątpienia należy zaliczyć brak występowania cech zniekształcenia pisma, które powstałyby wskutek jego celowego maskowania.

⁵⁵⁶ Tak np.: Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne ...*, s. 100-108; W. Wójcik: *Ogólne zasady pobierania...*, s. 245 i nast.; A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie pisma...*, op. cit., s. 210.

materiału porównawczego uznać należy za jeden z czynników determinujących wydanie bezbłędnej czy wręcz katerycznej opinii, gwarantujący właściwy tok postępowania⁵⁵⁷. Kwestią wymagającą dodatkowego rozważenia jest procesowa dopuszczalność pobierania materiału porównawczego (pobranie próbek pisma), w kontekście brzmienia przepisu art. 74 k.p.k.⁵⁵⁸, w świetle którego oskarżony nie jest obowiązany do dostarczenia dowodów, które potencjalnie mogłyby być wykorzystane przeciwko niemu. Bez wątpienia pobranie próbek pisma ręcznego wymaga aktywności oskarżonego, a co za tym idzie obowiązuje już reguła wynikająca z § 1 *in fine* art. 74 k.p.k.; zgoda podejrzanego na poddanie się badaniu (sporządzenie rękopisu) jest więc konieczna. Obowiązek poddania się badaniom określonym w art. 74 § 2 k.p.k. oznacza bowiem jedynie obowiązek stawienia się na nie i znoszenia określonych niedogodności, a nie oznacza obowiązku aktywnego w nim udziału, np. poprzez dostarczenie próby pisma do ekspertyzy pismoznawczej⁵⁵⁹. Jednakże w przypadku, gdy organ procesowy dysponuje już taką próbką pisma uzyskaną w inny sposób, np. pismami przejętymi w trakcie przeszukania lub sporządzonymi przez podejrzanego w postępowaniu (np. do organów procesowych bądź grypsem), o ile nie zachodzi wątpliwość, iż dowód ten pochodzi od danej osoby, można go wykorzystać do dalszych badań specjalistycznych, nawet gdyby uzyskano go tzw. podstępem, np. poprzez

⁵⁵⁷ Tak np.: Z. Kegel: *Zależność poprawności opinii...*, s. 937-939; T. Widła: *Źródła błędów w opiniach pismoznawczych*, *Palestra* 1982, nr 11-12, s. 90-94; A. Sitnicki: *Kto powinien pobierać materiał porównawczy do ekspertyzy pismoznawczej*, *Problemy Kryminalistyki* 1986, nr 173, s. 472.

⁵⁵⁸ Art. 74 k.p.k. „§ 1. Oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swej niewinności ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść.

§ 2. Oskarżony jest jednak obowiązany poddać się:

1) oględzinom zewnętrznym ciała oraz innym badaniom nie połączonym z naruszeniem integralności ciała; wolno także w szczególności od oskarżonego pobrać odciski, fotografować go oraz okazać go w celach rozpoznawczych innym osobom,

2) badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych, pod warunkiem że dokonywane są przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu oskarżonego, jeśli przeprowadzenie tych badań jest nieodzowne; w szczególności oskarżony jest obowiązany przy zachowaniu tych warunków poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu.

§ 3. W stosunku do osoby podejrzananej można dokonać czynności wymienionych w § 2 pkt 1, a także, przy zachowaniu wymagań określonych w § 2 pkt 2, pobrać krew, włosy lub wydzieliny organizmu.

(...)”

⁵⁵⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.10.1992 r., II AKz 218/92, KZS 1992/10/19; wyrok SN z dnia 21.07.2000 r., II KKN 108/2000, LEX nr 50904.

skierowanie do odmawiającego prośby o napisanie oświadczenia o odmowie udostępnienia próbek pisma na potrzeby wykonywanej ekspertyzy⁵⁶⁰.

Kto dokonuje pobierania materiału porównawczego? Pomijając spory doktrynalne dotyczące kwestii przewagi pobrania próby pisma przez eksperta, obowiązek dostarczenia biegłemu materiałowi badawczego spoczywa na organie procesowym, przy czym postuluje się, aby organ procesowy w razie wątpliwości konsultował pobieranie materiału porównawczego z biegłym⁵⁶¹. Zdaniem pismoznawców, im materiał dowodowy jest szczuplejszy, tym materiał porównawczy winien być bardziej obszerny, co pozwala na przeprowadzenie wyczerpujących badań porównawczych, niezależnie od ilości i jakości materiału kwestionowanego⁵⁶². Optymalna dla ekspertyzy pismoznawczej jest sytuacja, gdy zarówno badany zakwestionowany rękopis, jak i badane pismo porównawcze, są stosunkowo obszerne⁵⁶³. Niemniej podkreśla się również, iż w niektórych przypadkach, pomimo uboższego materiału porównawczego, możliwe jest przeprowadzenie badań i wydanie opinii katerycznej⁵⁶⁴.

⁵⁶⁰ T. Grzegorzczak: *op. cit.*, s. 249; P. Girdwoyń: *Wykorzystanie kryminalistyki dla celów obrończych*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1041.

⁵⁶¹ Z. Kegel: *Ekspertyza za stanowiska procedury i kryminalistyki*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1976, s. 94-95; Z. Czeżot: *O prawidłowe pobieranie materiału...*, s. 35; A. Sitnicki, *op. cit.*, s. 474. Nie wdając się w szersze rozważania, warto zauważyć, iż w procedurze cywilnej, na gruncie art. 245 k.p.c., badania prawdziwości pisma dokonuje zawsze sąd z udziałem biegłego bądź też bez jego udziału; nadto materiał wpływowy nie może być brany pod uwagę w sprawach ważności testamentu, (*Sąd w razie potrzeby może wezwać osobę, od której pismo pochodzi, na termin wyznaczony, w celu napisania podyktowanych jej wyrazów*). Przepis art. 245 k.p.c. został poddany krytyce, z uwagi na fakt, iż w większości przypadków może prowadzić do całkowicie fałszywych ustaleń; B. Herman: *Sądowe badania testamentu holograficznego (wymogi procesowe) - czas na zmiany*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 96-97; M. A. Wasilewska, E. Żywucka-Kozłowska: *Metodyka postępowania sądów w sprawie testamentów holograficznych - wybrane problemy*, [w:] *Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma*, Wrocław 2003, s. 309-314.

⁵⁶² Z. Kegel: *Zależność poprawności opinii...*, s. 937.

⁵⁶³ Z. Kegel: *Cecha naciskowości w piśmie „prowadzonym”*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wrocław 2002, s. 114.

⁵⁶⁴ T. Widła: *Źródła błędów w opiniach...*, s. 90. Również A. Feluś stoi na stanowisku, iż nie da się określić potrzebnej ilości materiału porównawczego w sposób generalny, co można interpretować, że wymogi co do jakości oraz ilości materiału porównawczego w dużym stopniu zależą od warunków konkretnego przypadku; A. Feluś: *Indywidualność pisma a pomyłki biegłego*, *Problemy Kryminalistyki*, 1985, nr 168, s. 215-226.

Oczywistym jest, iż powyższe uwagi dotyczą materiału wpływowego. W przypadku badania testamentów własnoręcznych w grę wchodzi materiał bezwzględny, z uwagi na fakt, iż testator nie żyje; badania można więc oprzeć jedynie na materiale przedłożonym przez uczestników postępowania spadkowego. Nie można jednak wykluczyć pobierania materiału wpływowego przy badaniu autentyczności testamentu holograficznego, a dokładniej rzecz biorąc, po ustaleniu jego fałszerstwa, celem potwierdzenia autorstwa sprawcy przestępstwa. Przy badaniu identyfikacyjnym materiału bezwzględny, szczególną uwagę należy zwrócić na niepodważalność jego źródła pochodzenia, a więc całkowitą pewność, iż jest to materiał sporządzony przez podejrzanego czy też testatora. Dla prawidłowości rozstrzygnięcia niezbędna jest wzmożona uwaga eksperta i jego ścisła kontrola⁵⁶⁵.

Co do zasady, istota ekspertyzy pismoznawczej sprowadza się do tego, iż dysponując dowolnym rękopisem o charakterze anonimowym (np. wymuszeniu rozbójniczym), bądź którego wykonawstwo z różnych względów jest kwestionowane (np. testament, umowa, podpis) oraz wzorami pisma pochodzącymi od znanej osoby, w drodze odpowiednich analiz, możliwe jest ustalenie, czy analizowane rękopisy stanowią pismo jednorodne, a więc czy dany rękopis został sporządzony przez tę samą osobę⁵⁶⁶. Ekspert pisma w pierwszej kolejności dokonuje oceny całości materiału (dowodowego i porównawczego) z punktu widzenia jego naturalności, spontaniczności oraz ilości, bądź też ewentualnie z punktu widzenia różnic czasowych, jakie mogą istnieć w sporządzaniu tego materiału. Następnie

⁵⁶⁵ Bardzo często powstaje sytuacja, gdy uczestnicy postępowania są zainteresowani sprzecznymi rozstrzygnięciami w postępowaniu spadkowym i w związku z tym uznają za autentyczny materiał porównawczy tylko ten, który oni składają, negując jednocześnie autentyczność wzorów złożonych przez przeciwnika procesowego. Niejednokrotnie również osoby, które pismo swoje oceniają jako brzydkie, chętnie korzystają z pomocy innych, którzy wyręczają ich w tego rodzaju czynnościach. Stąd zgodność brzmienia imienia i nazwiska znajdującego się na wnioskach, drukach, ankietach, formularzach, listach czy okolicznościowych kartkach, nie musi świadczyć o tym, że pismo w nich znajdujące faktycznie od danej osoby pochodzi; A. Feluś: *Testamenty...*, s. 137-138.

⁵⁶⁶ A. Feluś: *Identyfikacja na podstawie pisma...*, s. 210.

przystępuje się do analizy odchyleń poniższych właściwości graficznych (czy są one zgodne, czy też rozbieżne)⁵⁶⁷:

- właściwości topograficzne - układ tekstu na podłożu,
- właściwości geometryczne,
- impuls pisma,
- wiązanie liter w ciągi,
- cieniowanie linii,
- płynność linii,
- budowa pojedynczych znaków,
- odmiany liter,
- następstwo znaków.

Zważyć należy dodatkowo na fakt, iż badaniom pismoznawczym może podlegać nie tylko zespół graficznych cech pisma (grafizm), a więc warstwa graficzna, lecz także warstwa językowa (styl, słownictwo, składnia, co często umożliwia precyzyjne typowanie grupy osób, do której należy autor pisma, a w przypadku, gdy grono potencjalnych autorów jest ściśle określone, nawet identyfikację indywidualną), warstwa treściowa (co umożliwia typowanie grupy osób, do której należy autor - np. jego pochodzenie, poziomu wykształcenia, stopnia znajomości danego zagadnienia, a niekiedy nawet identyfikację zawężoną⁵⁶⁸), jak również strona fizyczna badanego dokumentu - warstwa techniczna. Badania fizycznej struktury dokumentu obejmują cechy podłoża (rodzaj, wiek, właściwości szczególne), cechy materiału kryjącego (rodzaj, czas, sposób naniesienia na podłoże), cechy narzędzia pisarskiego (rodzaj, jakość) oraz sposób posługiwania się nimi przez wykonawcę. Badania warstwy technicznej zmierzają z reguły do ustalenia czasu oraz sposobu sporządzenia pisma lub poszczególnych jego części, jak również

⁵⁶⁷ *Ibidem*, s. 211-212. Podobnie: W. Wójcik: *Badania porównawcze...*, s. 420-439.

⁵⁶⁸ O języku jako środku służącym do wyrażania rzeczywistości i noszącym piętno jednostkowe oraz jego wykorzystaniu w badaniach kryminalistycznych, szerszej informacji znaleźć można w monografii A. Felusia: *Identyfikacja kryminalistyczna na podstawie języka pisanego*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2000. Autor uważa, iż analiza lingwistyczna powinna tworzyć łącznie z badaniami graficznymi integralną całość ekspertyzy pismoznawczej, którą z powodzeniem można nazwać ekspertyzą kompleksową; *tamże*, s. 82-87.

autentyczności badanego pisma i wprowadzonych do niego zmian⁵⁶⁹, co jest szczególnie istotne m.in. przy badaniu testamentu holograficznego. I tak przykładowo badanie właściwości papieru może udzielić wskazówek co do czasu sporządzenia dokumentu, co ma szczególne znaczenie przy fałszerstwie dokumentu poprzez antydatowanie⁵⁷⁰. Badania identyfikacyjne atramentu i tuszu mają na celu w głównej mierze ustalenie zgodności składu chemicznego środka kryjącego użytego do nakreślenia analizowanego dokumentu, co pozwala na stwierdzenie, czy tekst był nakreślony w całości za pomocą jednego środka kryjącego, a w konsekwencji czy niektóre z fragmentów tekstu nie uległy sfalszowaniu poprzez dopisanie przez osobę nieuprawnioną⁵⁷¹.

Ekspertyza polega w szczególności na: przeprowadzeniu badań (dokładnej analizie przedstawionego biegłemu materiału, dokonaniu spostrzeżeń w oparciu o wiedzę specjalną w danej dziedzinie, konfrontowaniu spostrzeżeń z posiadaną wiedzą, czasem przestudiowaniu literatury dotyczącej danego zagadnienia), złożeniu sprawozdania z dokonanych czynności i spostrzeżeń oraz wydaniu opinii (wyrażeniu swojego zdania)⁵⁷². Na opinię pismoznawczą składają się:

- podjęcie zadania,
- sformułowanie celu i przedmiotu ekspertyzy, wyznaczającego jej zakres,
- ocena ilości i jakości materiału badawczego,
- objaśnienie użytych metod badawczych,
- badanie materiału badawczego i dokumentowanie uzyskiwanych rezultatów,
- objaśnienie treści i znaczenia rezultatów badań,

⁵⁶⁹ A. Koziczak: *Metody pomiarowe...*, s. 14-18.

⁵⁷⁰ W. Gutenkust: *op. cit.*, s. 483. Informacje dotyczące jakości użytego papieru pozwalają w pewnym stopniu na charakterystykę spadkodawcy pod względem grupowym (środowiskowo), a niekiedy wskazują na okoliczności zewnętrzne (a nawet wewnętrzne) w jakich doszło do sporządzenia testamentu. W pewnych okolicznościach samo podłoże może ułatwić fałszerstwo, a drugiej strony może być środkiem ułatwiającym rozpoznanie działania przestępnego; A. Feluś: *Testamenty...*, s. 49.

⁵⁷¹ Z. Kegel: *Ekspertyza ze stanowiska...*, s. 79. A. Feluś wskazał również na szeroko stosowane badania fizyczne testamentów (zastosowanie promieni podczerwonych oraz ultrafioletowych), odnoszące się w głównej mierze do testamentów szczególnych – treści protokołów oraz podpisów świadków. Z jednej strony chodziło o ustalenie stanu faktycznego (głównie o grupową jakość i ilość środków, jakimi posłużono się w celu sporządzenia kwestionowanych testamentów), z drugiej zaś do konfrontacji uzyskanych wyników z treścią zawartą w zeznaniach świadków; A. Feluś: *Testamenty...*, s. 53-54.

⁵⁷² Z. Kegel: *Dowód z ekspertyzy...*, *op. cit.*, s. 54.

- wskazanie czy i w jakim zakresie badania dają podstawę do wydania opinii na zadany temat,
- sformułowanie sentencji ekspertyzy, czyli opinii będącej dla organu procesowego środkiem dowodowym⁵⁷³.

Ekspertyzę pisma należy odpowiednio udokumentować. Dokumentacja ta powinna obejmować: 1) sprawozdanie z badań⁵⁷⁴, 2) materiał poglądowy⁵⁷⁵.

W tym miejscu należy wspomnieć, iż do najczęstszych przyczyn niemożności udzielenia odpowiedzi na postawione przez organ procesowy pytania, zaliczyć należy: stosunkowo małą objętość badanych przedmiotów, wykonanie podpisów lub notatek w zwolnionym tempie z elementami rysowania, wykonanie pisma przy pomocy naśladowania znanego charakteru pisma lub podpisu, niewyraźne wykonanie liter (szybko wykonana notatka), fałszowanie techniczne przedmiotu badania, niewystarczająca ilość znaków graficznych potrzebnych dla porównania⁵⁷⁶.

Do czynników powodujących trudności identyfikacyjne bezsprzecznie zaliczyć należy **deformacje pisma** (zwane też fluktuacjami), które mogą powstać z przyczyn naturalnych, bądź też mogą być efektem celowego zabiegu depersonalizacji lub maskowania pisma⁵⁷⁷. Do **deformacji z przyczyn naturalnych** zaliczamy zniekształcenie grafizmu spowodowane zaburzeniami chwilowymi lub stałymi o podłożu psychicznym lub somatycznym (tzw. pismo patologiczne, któremu poświęcony będzie rozdział III niniejszej rozprawy), bądź też

⁵⁷³ M. Kulicki: *Uzasadnienie opinii pismoznawczych*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 881.

⁵⁷⁴ W sprawozdaniu należy dokładnie opisać dostarczony do badań materiał dowodowy i porównawczy, określić zadanie ekspertyzy, opisać przebieg badań oraz sformułować opinię; Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 116.

⁵⁷⁵ Materiał poglądowy ułatwia biegłym formułowanie przekonywujących wniosków, a odbiorcom (organom procesowym, stronom), pozwala na zrozumienie wyników badań; S. Skubisz: *Dowód z ekspertyzy pism patologicznych*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2004, s. 94.

⁵⁷⁶ V. Podpałyj: *Ekspertyza...*, s. 451.

⁵⁷⁷ Szerzej na temat maskowania pisma ręcznego: J. Gajdowski: *Występowanie indywidualnych cech graficznych w przypadku tzw. „autofałszerstwa” (maskowanie pisma ręcznego)*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 98-100; E. Buduj: *Z problematyki badań anonimów nakreślonych pismem ręcznym na wzór druku*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 540-544; A. Koziczak: *Zmiany autofałszerskie w podpisach czytelnym*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003, s. 133-139.

okolicznościami pisania (niewygodna pozycja, wybór miejsca, oświetlenie, temperatura, środek piszący i kryjący, podłoże)⁵⁷⁸. **Deformacja celowa**, stosowana najczęściej przy sporządzaniu anonimów, to świadoma depersonalizacja pisma poprzez m.in. zastosowanie odmiennego niż zwykle liternictwa, zmianę kąta nachylenia i wielkości znaków, obniżenie stopnia wyrobienia, wypracowanie na użytek fałszerski oryginalnego systemu literniczego, stosowanie różnych sposobów utrudniania sobie procesu pisania, jak również upodobnienie do pisma innej osoby poprzez kopiowanie odręczne, odwzorowanie, wyuczenie się cudzego pisma (podpisów), kreślenie tzw. „martwą ręką”, naśladowanie tremoru pisma osoby schorowanej⁵⁷⁹.

Problematyka błędu w ekspertyzie pismoznawczej jest stosunkowo rzadko poruszana w polskiej literaturze przedmiotu. Błędy mogą wystąpić w każdym etapie badań, ale nie w każdym przypadku muszą prowadzić do sporządzenia nieprawidłowej opinii. Bez wątplenia, z procesem empirycznego rozumowania związane jest ryzyko błędu i tego uniknąć się nie da. Jak się słusznie podkreśla, nie ma metod doskonałych i nieomylnych ekspertów⁵⁸⁰. Na jakość opiniowania, na jego poprawność, albo też niepowodzenie, duży wpływ mają takie czynniki jak kwalifikacje biegłego, odpowiednie doświadczenie, rzetelność i skrupulatność w czynnościach badawczych, a nawet stan psychofizyczny biegłego w chwili przeprowadzania badań oraz czas poświęcony badaniom i okoliczności zewnętrzne im towarzyszące⁵⁸¹. Warto więc przyjrzeć się nieco bliżej dostępnym próbom klasyfikacji błędów w opiniach pismoznawczych.

Z. Czeczot⁵⁸² wyróżnia błędy formalne (dotyczące dokumentacji ekspertyzy) oraz błędy merytoryczne, do których zaliczono:

⁵⁷⁸ Na temat wpływu pozycji pisarskiej na pismo: T. Widła: *Wpływ pozycji pisarskiej na grafizm*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 389-391; B. Chyc: *op. cit.*, s. 653-669.

⁵⁷⁹ J. Bartosiewicz: *Przyczyny podejmowania...*, s. 1267-1268; A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 49-50.

⁵⁸⁰ T. Widła: *Uwagi o przeprowadzaniu dowodu z opinii biegłego*, *Palestra*, Nr 3-4, 2002, s. 72.

⁵⁸¹ A. Feluś: *Testamenty...*, s. 152.

⁵⁸² Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 175-176.

- wydawanie opinii kategoriycznych (pozytywnych lub negatywnych), pomimo tego, iż zebrany materiał nie pozwalał na powyższe;
- brak kategoriycznego opiniowania, pomimo wystąpienia do tego przesłanek;
- wydawanie opinii zupełnie błędnej, stwierdzającej, iż pismo dowodowe wykonała osoba, która nie nakreśliła go w rzeczywistości, bądź też że pismo dowodowe nie zostało sporządzone przez określoną osobę, która była jego rzeczywistym wykonawcą⁵⁸³.

T. Widła dokonując podziału błędów występujących w opiniach, wśród błędów popełnionych przez biegłych wyróżnił błędy zawinione (posłużenie się niewłaściwą metodą badawczą lub zawiniony błąd w badaniach) oraz niezawinione (spowodowane przykładowo słabością dostępnych metod badań)⁵⁸⁴.

M. Hecker uznał, iż problematyczność ekspertyz bądź też błędne ekspertyzy wynikają z dwóch zasadniczych przyczyn: niewystarczających kwalifikacji ekspertów i błędów w stosowaniu metod badawczych⁵⁸⁵.

Z kolei J. Bartosiewicz wyróżnił trzy kategorie błędów⁵⁸⁶:

- błędy kardynalne (błędne opinie kategoriyczne), które mogą mieć charakter identyfikujący (niesłusznie wskazano wykonawcę rękopisu) bądź eliminujący (brak wskazania sprawcy pomimo jego objęcia zasięgiem badań);
- błędy wynikające z niewłaściwego kierunku sugestii - opinie sugerujące klasyfikowane są diametralnie niejednakowo; od całkowitej negacji ich wartości aż do traktowania jako ważnego argumentu, poszlaki;
- błędna ocena materiału - popełnienie błędów oceny przydatności materiału porównawczego, na materiale obiektywnie nie wyczerpującym

⁵⁸³ Ten rodzaj błędu został wyróżniony również przez J. Bartosiewicza i nazwany błędem kardynalnym; J. Bartosiewicz: *Problematyka błędów w badaniach porównawczych pisma ręcznego i podpisów*, Problemy Kryminalistyki 1994, Nr 206, s. 6.

⁵⁸⁴ T. Widła: *Ocena dowodu z opinii biegłego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1992, s. 74-75.

⁵⁸⁵ M. R. Hecker: *Daubert na drodze do Europy*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Symposium Badań Pisma, Wrocław 2003, s. 86.

⁵⁸⁶ J. Bartosiewicz: *Problematyka błędów...*, s. 6.

możliwości graficznych piszącego - prowadzi do sporządzania opinii ryzykownych.

Równocześnie J. Bartosiewicz zaproponował podział przyczyn błędów opiniowania w oparciu o kryterium przedmiotowe i podmiotowe. Do pierwszej grupy przyczyn zaliczone zostały błędy wywołane samym materiałem badawczym, jego właściwościami graficznym, zdeformowaniem (naturalnym bądź celowym), czy też brakiem wydolności metody badawczej. Przyczyny podmiotowe tkwią w samym ekspercie, który przeprowadził badania powierzchownie, niedbale, lekceważąc niewygodne sygnały graficzne, opierając się przykładowo na niewystarczającym materiale porównawczym czy niewłaściwej metodzie badawczej⁵⁸⁷.

Do przeszłości zaliczyć należy wątpliwości dotyczące możliwości sformułowania wniosków kategorycznych⁵⁸⁸ w opiniach pismoznawczych. Starsze opracowania z dziedziny kryminalistyki często zawierają stwierdzenia, w których podważa się pewność czy też niezawodność wniosków takich ekspertyz, co w pewien sposób mogło być następstwem pokutowania poglądu o tożsamości badań porównawczych pisma z badaniami grafologicznymi, a co za tym idzie, uprzedzeń i dyskusyjności metod i podstaw naukowych grafologii⁵⁸⁹.

⁵⁸⁷ *Ibidem*, s. 8-9.

⁵⁸⁸ Z. Kegel stoi na stanowisku, iż do wydania opinii kategorycznej niezbędne jest spełnienie następujących wymogów: 1. materiał, na którym prowadzi się badania, musi być dostatecznie obszerny, 2. badane pisma muszą być nakreślone sposobem normalnym, na typowym podłożu, typowymi środkami piszącymi i pokrywającymi, 3. pisma porównawcze zostały nakreślone w analogicznych warunkach psychofizycznych, co pisma zakwestionowane, 4. badania muszą być przeprowadzone przez osoby posiadające właściwe kwalifikacje, posiadające dostęp do odpowiednio wyposażonego laboratorium; Z. Kegel: *Dowód z ekspertyzy...*, s. 138-140.

⁵⁸⁹ Przez pojęcie grafologii (w ujęciu wąskim) rozumieć należy wnioskowanie o różnych cechach człowieka (charakteru, zdolności i upodobań) w oparciu o jego pismo ręczne; A. Koziczak: *Metody pomiarowe...*, s. 63-66. Ewolucję poglądów na temat opinii pismoznawczych dobrze oddaje przykład P. Horoszowskiego. W r. 1949 w pracy „Chaotyczny intuicjonizm czy wiedza?” („Dem. Przegląd Prawn.”, 1/1949) uznał, iż we wnioskowaniu można pokusić się jedynie o sądy prawdopodobne, zaś ekspertyza pismoznawcza, wykorzystująca rozumowanie przez analogię, nie może nigdy dać opinii kategorycznej; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 64. Z kolei w r. 1963 w pracy „O niektórych problemach ekspertyzy w świetle praktyki sądowej” zweryfikował swój pogląd uznając, iż ekspert pisma jest w stanie wydać kategoryczną, nie budzącą wątpliwości opinię, iż badany tekst został nakreślony (lub też nie) przez określoną osobę, sam zaś dowód z ekspertyzy pisma ręcznego może stanowić środek dowodowy, którego moc jest co najmniej równa mocy

Opinia dokonywana przez biegłego w zakresie pisma jest jedną z opinii wydawanych na potrzeby organu procesowego, a co za tym idzie, podlega wszelkim rygorom stawianym opiniom biegłego przez stosowne przepisy prawa procesowego cywilnego i karnego. W konsekwencji wszystkie wymagania stawiane wobec biegłych innych specjalności, w pełni zachowują swoją aktualność w stosunku do opinii biegłego pismoznawcy. Dotyczy to także oceny wiarygodności przedstawionej organowi procesowemu opinii w płaszczyźnie jej wiarygodności, logiczności, zgodności konkluzji ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, czy w końcu prawidłowości doboru przez biegłego metod badawczych.

Jest rzeczą oczywistą, iż biegły pismoznawca winien dążyć do formułowania kategorycznych wniosków płynących z opinii, o ile dysponuje wystarczającym pod kątem ilościowym i jakościowym materiałem badawczym. Za niedopuszczalne uznać należy potencjalne naciski ze strony organów procesowych, do formułowania nadto kategorycznych wniosków w stosunku do możliwości badawczych. Z uwagi na fakt, iż kodeks postępowania karnego nie dokonuje wartościowania dowodu z opinii biegłego w płaszczyźnie kategoryczności wniosków, uznać należy, iż opinia prawdopodobna winna być przyjęta przez organ procesowy, a co za tym idzie, stanowi dowód w sprawie i podlega, tak jak każdy dowód w sprawie, swobodnej ocenie organu. Jednakże w praktyce nie powinny być przyjmowane opinie o niskim stopniu prawdopodobieństwa wniosków (nie przekraczające 50%), albowiem niewiele wnoszą one do sprawy, a ryzyko podjęcia na ich podstawie błędnej decyzji procesowej jest duże⁵⁹⁰.

Odnosnie kwestii kategoryczności opinii biegłego pismoznawcy, również orzecznictwo Sądu Najwyższego uległo ewolucji; od uznania kategoryczności wniosków ekspertyzy pisma za zasadniczo błędne założenie, nie wytrzymujące krytyki z punktu widzenia metodologicznego i uznaniu dowodu z ekspertyzy pisma

dowodowej innych środków dowodowych rzeczowych czy osobowych; P. Horoszowski: *O niektórych problemach ekspertyzy w świetle praktyki sądowej*, NP 1963 r., nr 2.

⁵⁹⁰ T. Tomaszewski: *Dowód z opinii biegłego w procesie karnym*, Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 2000, s. 120-121. Także Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, w uzasadnieniu postanowienia z dnia 20.01.1998 r., (II AKz 7/98, OSA 1998/5/24) uznał, iż biegły nie zawsze musi wydać opinię kategoryczną i może swoje zdanie wyrazić jako prawdopodobieństwo.

za pełnowartościowy tylko w przypadku współwystępowania z innymi dowodami⁵⁹¹, aż do stwierdzenia, iż dowód z ekspertyzy pisma ręcznego jest dowodem nie mniej wartościowym od innych, a w związku z tym podlega na równi z innymi dowodami ocenie dokonywanej przez organ orzekający według kryteriów związanych z zasadą swobodnej oceny dowodów⁵⁹². Dowód z badań pisma ręcznego może być uznany za dowód dający pewność lub prawdopodobieństwo, w zależności od okoliczności konkretnego przypadku; tak więc ekspertyza pismoznawcza może być dowodem samoistnym, a więc jedynym, na którym zostanie oparte rozstrzygnięcie w danej sprawie⁵⁹³.

Oczywistym jednak jest, iż ocena dowodu z ekspertyzy pismoznawczej (podobnie jak i każdego innego dowodu sądowego), spoczywa na organie procesowym (jak również stron procesowych), zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów; zarówno pod kątem formalnologicznej poprawności rozumowania, jak też pod kątem trafności merytorycznej, w aspekcie całokształtu materiałów dowodowych zebranych w sprawie⁵⁹⁴. Brak kontroli opinii biegłego, pociągający za sobą przyjęcie za udowodnione okoliczności i fakty stwierdzone w opinii, oznaczałby wprowadzenie do procesu karnego elementów formalnej (legalnej) oceny

⁵⁹¹ Wyrok SN z dnia 26.05.1960 r., II K 343/60, OSNPG 1960/8-9/142.

⁵⁹² Wyrok SN z dnia 24.10.1960 r., III K 693/59, RPEiS 1961/1 („Opinia biegłego pismoznawcy ulega swobodnej ocenie sądu wyrokującego, wbrew twierdzeniu rewizji - w świetle obowiązujących zasad procesu karnego - nie stanowi ze względu na swój rodzaj mniej wartościowego dowodu. O wartości takiej opinii decyduje przede wszystkim jej treść, sposób i warunki jej opracowania oraz kwalifikacje zawodowe biegłego”); wyrok SN z dnia 11.07.1968 r., V KRN 333/68, OSNPG 1968/12/147. Dodać należy, iż zgodnie z postanowieniem SN z dnia 20.07.1977 r. (teza nr 1, V KZ 54/77, OSNKW 1977/9/108), dowód z ekspertyzy pismoznawczej może być uznany za wiarygodny wtedy, gdy ekspert dysponował dostatecznie obszernym materiałem porównawczym i nie uczynił błędnych założeń. O praktyce wydawania już w latach 70 XX w. przez polskie sądy wyroków skazujących oskarżonych także w wypadku, gdy jedynym dowodem w sprawie była ekspertyza pisma ręcznego, wspomina Z. Kegel, *Dowód z ekspertyzy...*, s. 106 - 116.

⁵⁹³ M. Nowożenny: *Ekspertyza kryminalistyczna w świetle orzecznictwa sądowego ze szczególnym uwzględnieniem ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1062.

⁵⁹⁴ *Ibidem*, s. 1055; postanowienie SN z dnia 20.07.1977 r., teza nr 2, V KZ 54/77, OSNKW 1977/9/108

dowodów, a jednocześnie stanowiłby naruszenie przepisu art. 7 k.p.k. (granice swobodnej oceny dowodów)⁵⁹⁵.

O ile jednak stronom przysługuje prawo do oceny i kontroli pracy biegłego, o tyle sąd jest wręcz do tego obowiązany. Organ procesowy powołujący biegłych może więc przyjąć lub odrzucić ich opinię, podobnie jak każdy inny środek dowodowy, pod warunkiem wnikliwej oceny pracy eksperta. Wielokrotnie na funkcję kontrolną organu procesowego wobec opinii biegłego zwracał uwagę także Sąd Najwyższy⁵⁹⁶. Również w orzecznictwie sądów amerykańskich, w słynnej sprawie *United States Of America v. Roberta and Eileen Starzecpyzel*, zwraca się uwagę na konieczność dokonania przez organ procesowy rzetelnej analizy przedstawionej opinii pismoznawczej⁵⁹⁷. Aby taka merytoryczna weryfikacja była możliwa, pracownicy organów ścigania i sędziowie muszą posiadać znajomość wiedzy z dziedziny kryminalistyki, w tym podstaw ekspertyzy pisma ręcznego⁵⁹⁸. Jednakże całkowita dyskwalifikacja dowodów z opinii biegłych wymaga uprzedniego wykazania, że były one oparte na błędnych przesłankach, nie odpowiadają aktualnemu stanowi wiedzy w danej dziedzinie lub są sprzeczne z zasadami

⁵⁹⁵ A. Gaberle: *op. cit.*, s. 198-199; *Postępowanie karne. Część ogólna*, s. 338; I. Piotrowska: *Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2007, tom LVII, Nr 196-199, s. 196.

⁵⁹⁶ T. Tomaszewski: *Dowód z opinii...*, s. 75; G. Kopczyński: *Konfrontacja biegłych w polskim procesie karnym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 74; A. Głazek, W. Krzywicki, A. Kotarba, G. Topolewska: *op. cit.*, s. 975; wyrok SN z dnia 12.04.1952 r., I K 1308/51, OSNCK 1953/1/18; wyrok SN z dnia 14.09.1957 r., II KRN 782/57, OSPiKA 1958/5/120; wyrok SN z dnia 19.03.1969 r., IV KR 12/69, OSNKW 1969/11/141, „Orzeczenie biegłych podlega ocenie sądu orzekającego na zasadach analogicznych, jak inne dowody zebrane w sprawie. Obowiązkiem sądu orzekającego jest zatem także w zakresie oceny dowodu z opinii biegłych wskazać, jak ten dowód ocenił, jakie i dlaczego wyciągnął z nich wnioski (...)”. Wyrok SN z dnia 28.05.2001 r., IV KKN 89/01, LEX 51839, „Jest oczywiste, że wiadomości specjalne ze swej istoty są atrybutem biegłych, a kontrola opinii przez organ procesowy - siłą rzeczy - doznaje tu pewnych ograniczeń. Jednak obowiązkiem sądu korzystającego z takiego dowodu, jest przeprowadzenie analizy i oceny z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania oraz sprawdzenie zupełności opinii, kompletności materiałów będących jej podstawą, poprawności zastosowanych metod badawczych i przyjętych sposobów wnioskowania”.

⁵⁹⁷ „Zadaniem każdego sądu korzystającego z opinii takich biegłych jest sprawdzenie ich umiejętności i zbadanie przydatności danej ekspertyzy dla postępowania (...)”, „Wypływa z tego konieczność kontroli i badania opinii biegłych pismoznawców przez upoważnione do tego organy procesowe (...)”; T. Tomaszewski: *Sprawa United States V. Starzecpyzel i co z niej wynika dla opiniowania pismoznawczego*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 921, 926.

⁵⁹⁸ Z. Czeczot: *Wartość dowodowa opinii eksperta pisma ręcznego w świetle literatury kryminalistycznej i orzecznictwa sądowego w Polsce*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1000-1001.

logicznego rozumowania. Skoro dowód z opinii biegłego przeprowadza się wtedy, gdy dla stwierdzenia pewnej okoliczności niezbędne są wiadomości specjalne, to niezależnie od deklaracji, że to sąd jest najwyższym biegłym, realna możliwość zakwestionowania należytego poziomu tych wiadomości specjalnych wymaga również odpowiedniego zasobu wiedzy specjalistycznej⁵⁹⁹. Stąd też zastrzeżenia sądu do poziomu opinii biegłego, jego wiedzy i prawidłowości przedstawionego rozumowania, zwykle będą wymagały merytorycznego zweryfikowania tego dowodu, chociażby dla sprawdzenia, czy założenia, metody i sposób rozumowania przyjęte przez biegłego odpowiadają obecnemu stanowi nauki⁶⁰⁰.

Dokonując syntezy poglądów M. Nowożennego i M. Lipczyńskiej w przedmiocie ekspertyzy pisma ręcznego, można pokusić się o sformułowanie następujących tez⁶⁰¹:

- dowód z ekspertyzy pisma ręcznego ma równorzędne znaczenie dowodowe, jak każdy inny dopuszczalny przez prawo środek dowodowy;
- dowód taki podlega ocenie dokonywanej przez organ procesowy, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów;
- dokonując oceny opinii, organ procesowy winien brać pod uwagę poziom wiedzy i fachowość eksperta, zastosowane przez niego metody badawcze, ilość materiału badawczego (tak zakwestionowanego jak i porównawczego), kompletność, dokładność i komunikatywność opinii, całokształt materiału dowodowego, poprawność metodologiczna badań

⁵⁹⁹ Tak np. wyrok SN z dnia 03.05.1982 r., I KR 319/81, OSNPG 1982/11/149.

⁶⁰⁰ T. Tomaszewski wyróżnił dwie płaszczyzny kontroli opinii, tj. analityczną (analizie poddaje się poszczególne elementy całej ekspertyzy, np. fachowość i bezstronność biegłego, przydatność i wystarczalność materiału dowodowego i porównawczego, na którym oparto opinię, poprawność i sposób dokonania czynności badawczych, przyjęte badania badawcze, badanie wniosków pod kątem ich spójności, logiczności i jednoznaczności) oraz syntetyczną (badaniu poddawana jest zgodność i logiczność powiązania odpowiednich partii sprawozdania z ekspertyzy z poprzedzającymi je i następującymi po nich wywodami, jak również dokonane zostaje wartościowanie opinii i czynności biegłego na tle danej sprawy); T. Tomaszewski: *Dowód z opinii...*, s. 76-77.

⁶⁰¹ M. Lipczyńska: *Zasada swobodnej oceny dowodów a wskazania Sądu Najwyższego w zakresie oceny dowodów ze szczególnym uwzględnieniem ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] *Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976, s. 67-68; M. Nowożenny: *op. cit.*, s. 1061-1062.

i logicznych wniosków, posiadaną przez biegłego aparaturę, istnienie badań pomocniczych lub związanych z ekspertyzą pismoznawczą;

- dowód z badań pisma ręcznego może być uznany za dowód dający pewność lub prawdopodobieństwo, w zależności od okoliczności konkretnego przypadku;
- jeżeli mamy do czynienia z opinią kategoryczną, nie można wykluczyć sytuacji, że to właśnie ta opinia będzie jedynym dowodem, na którym oprze się rozstrzygnięcie w przedmiocie procesu (jedynym dowodem, na którym oprze się wyrok skazujący lub jedynym dowodem na uniewinnienie), aczkolwiek w praktyce rozstrzygnięcie następuje na zasadzie swobodnej oceny dowodów z opinii w powiązaniu z innymi środkami tworzącymi materiał dowodowy w danej sprawie;
- biegły z zakresu ekspertyzy pisma powinien być osobą dysponującą odpowiednią wiedzą teoretyczną i praktyczną w swojej dziedzinie;
- dopuszczalność ekspertyzy kompleksowej pisma ręcznego, uzależniona jest od decyzji organu procesowego, ale w niektórych przypadkach ekspertyza taka odnośnie pisma ręcznego wydaje się wręcz konieczna (np. badania pisma narkomanów lub osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, gdzie obok pismoznawców opinie swoje mogą wyrazić psychiatrzy, psychologowie, farmakolodzy, itp.).

Wartość dowodu z opinii biegłego z zakresu pisma ręcznego uzależniona jest w równym stopniu od kwalifikacji i rzetelnego przeprowadzenia badań, jak też od właściwego, umiejętnego przedstawienia przebiegu i wyników badań w odpowiedniej formie, stwarzającej organowi procesowemu najlepsze warunki oceny ich wiarygodności⁶⁰². Ważnym elementem ekspertyzy jest właściwe uzasadnienie, oparte na wiedzy teoretycznej biegłego, jego doświadczeniu i konkretnych badaniach objętych ekspertyzą; winno ono zawierać stosunek

⁶⁰² R. Ponikowski: *O właściwy poziom i prawidłową formę sprawozdania oraz opinii z przebiegu badań pismoznawczych*, [w:] *Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976, s. 78.

poznawczy do tych danych, które w wyniku analizy materiału kwestionowanego i porównawczego, a także w wyniku szczegółowych badań identyfikacyjnych, ekspert ustalił⁶⁰³. Tylko należycie uzasadniona ekspertyza umożliwia organowi procesowemu merytoryczną ocenę opinii jako środka dowodowego, w tym również prześledzenie drogi myślowej przebytej przez biegłego w toku całego procesu poznawczego⁶⁰⁴. Do prawidłowej oceny opinii konieczna jest również właściwa terminologia w niej zawarta⁶⁰⁵. Oczywiście kontrola całej ekspertyzy czy zawartej w niej opinii obejmuje nie tylko ocenę uzasadnienia i wniosków opinii, badanie jej treści w kontekście zebranych środków dowodowych czy wystarczalności materiału badawczego, ale także weryfikację kompetencji i bezstronności biegłego⁶⁰⁶.

Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, w tym miejscu warto zasygnalizować zagadnienia związane z badaniem **testamentu holograficznego**⁶⁰⁷ (które zachowują swoją aktualność również odpowiednio do innych dokumentów nakreślonych pismem ręcznym), z którymi wiąże się nie tylko problematyka indywidualności cech pisma ręcznego, lecz także patologii pisma, definiowanej jako zmiany w piśmie ręcznym, będące skutkiem choroby somatycznej, zaburzeń psychicznych, użycia leków, alkoholu, etc. Tematyka ta nabiera szczególnego znaczenia w przypadku testamentów własnoręcznych. Z reguły testator znajduje się w podeszłym wieku, pragnie uregulować sprawy o charakterze majątkowym

⁶⁰³ A. Feluś: *Ocena sędziowska dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1028. Na marginesie warto zauważyć, iż kodeks postępowania karnego nie nakłada *expressis verbis* obowiązku sporządzania uzasadnienia opinii (art. 200 § 2 k.p.k.), w przeciwieństwie do uregulowań kodeksu postępowania cywilnego (art. 285 § 1 k.p.c.)

⁶⁰⁴ M. Kulicki: *op. cit.*, s. 881-882. Oczywiście nie oznacza to, iż musi być wyraźnie wyróżniony, jeden fragment opinii zatytułowany „uzasadnienie”; wystarczającym jest dostateczne uzasadnienie opinii w innych częściach ekspertyzy; *ibidem*, s. 884.

⁶⁰⁵ A. Feluś: *O właściwy termin w ekspertyzie pisma ręcznego dla grafizmu wywodzącego się od jednej osoby*, [w:] Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976, s. 119-123; A. Feluś: *Ocena sędziowska...*, s. 1029.

⁶⁰⁶ T. Tomaszewski: *Dowód z opinii...*, s. 76.

⁶⁰⁷ Na marginesie warto zauważyć, iż badania ok. tysiąca akt postępowań spadkowych testamentowych (obejmujące okres 20 lat) przeprowadzone przez A. Felusia sugerują, iż testamenty szczególne są nie tylko częściej fałszowane od testamentów holograficznych, ale że testamenty tego rodzaju są częściej fałszowane, gdy występują w sprawie wraz z innymi formami prawnymi aniżeli w sprawie, w której występują jako jedyne formy prawne; A. Feluś: *Testamenty...*, s. 34-35.

i niemajątkowym oraz poczynić stosowne rozrządzenia. To jedyny w swoim rodzaju akt woli wyrażony pismem, w którym dokonuje się przewartościowanie problemów i nieco odmienniej hierarchizacji na kończącej się karcie życia ludzkiego. Świat nadprzyrodzony i problemy z nim związane bardzo często mieszają ze sprawami świata realnego i problemami temu światu właściwemu⁶⁰⁸.

Nie wdając się w bliższe wyjaśnienia dotyczące ontogenezy pisma rozumianej jako rozwój procesu pisania u indywidualnego człowieka, które wraz z problematyką patologii pisma będą przedmiotem rozważań w III rozdziale, warto zaznaczyć, iż struktury odpowiadające za umiejętność pisania osiągają w pełni swoją dojrzałość około 30 roku życia. Od tego momentu aż do wystąpienia czynników patologicznych, grafizm uznaje się za względnie stabilny. Jak wspomniano, zaburzenia obrazu grafizmu mogą być efektem zarówno czynników zewnętrznych, jak i szczególnie leżących w sferze zainteresowania czynników wewnętrznych, które są skutkiem działania choroby lub innych zaburzeń występujących w czasie aktu pisania i zależeć mogą np. od stanu psychofizycznego człowieka i działania na niego różnego rodzaju czynników fizycznych. Nadto od ok. 60 roku życia, następują zmiany w grafiźmie (pojawienie się cech gerontologicznych), związane ze stopniowym osłabieniem funkcjonowania i starzeniem się organizmu, a co za tym idzie osłabieniem współdziałania struktur mózgu, układu nerwowego i kostnego, biorących udział w czynności pisania. Tak więc ekspert pisma, analizując materiał kwestionowany - testament holograficzny, musi zwrócić uwagę nie tylko na zmiany patologiczne pisma, ale także na zmiany starcze w grafiźmie, związane z wiekiem testatora. W konsekwencji badania identyfikacyjne testamentów napotykają wiele trudności obiektywnych⁶⁰⁹:

- testamenty są zwykle pisane w podeszłym wieku, kiedy pismo ulega zjawiskom naturalnej destrukcji;

⁶⁰⁸ A. Feluś: *Testamenty*..., s. 16.

⁶⁰⁹ W. Wójcik: *Przyczyny błędów merytorycznych i formalnych w ekspertyzach testamentów*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 68.

- choroby psychiczne lub fizyczne ujemnie wpływają na wydolność układu nerwowego sterującego aparatem piszącym;
- fałszerze usiłują wiernie naśladować pismo i podpis testatora, w celu zdobycia majątku, dóbr ruchomych etc.;
- fałszerstwa intelektualne polegające m.in. na dostarczeniu do sądu lub biegłych wzorów pisma i podpisów nie faktycznego testatora, lecz innych osób;
- działanie psychofizyczne przyjmowanych leków;
- konieczność ograniczenia się do wzorów porównawczych spadkodawcy, które po nim pozostały, bez możliwości uzupełnienia materiału porównawczego bezpośrednio od testatora;
- częste odbieganie materiału porównawczego od wymogów stawianych przez metodę identyfikacyjną – ilościowe nikłe, zbyt odległe czasowo od daty powstania kwestionowanego testamentu, sporządzone w zupełnie innych okolicznościach psychofizjologicznych;
- brak pewności co do okoliczności psychofizjologicznych i warunków zewnętrznych, w jakich powstał kwestionowany testament⁶¹⁰.

Jak wiadomo, testament może sporządzić (oraz odwołać) osoba, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych. Tak więc w postępowaniu spadkowym winny być brane pod uwagę również takie okoliczności, jak te, czy testator w chwili sporządzania ostatniej woli znajdował się w stanie wyłączającym świadomość albo podjęcie decyzji i wyrażenie woli (a w konsekwencji wpływ takich czynników jak np. choroba psychiczna, stany agonalne, stany chorobowe - wylew krwi do mózgu, choroba Alzheimera etc.), jak również fałszerstwa testamentów⁶¹¹. Próby wykazania,

⁶¹⁰ Obok tych głównych czynników, występuje wiele innych, które również wpływają na obraz graficzny pisma, m.in. pozycja ciała testatora, stopień zaangażowania woli testatora do sporządzania testamentu; D. Opińska: *Niektóre problemy badawcze testamentów sporządzonych przez osoby chore*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 54-55, A. Feluś: *Testamenty...*, s. 151-152.

⁶¹¹ Stwierdzenie w nieprocesowym postępowaniu spadkowym nieautentyczności testamentu skutkuje wydaniem przez sąd postanowienia o nabyciu spadku w drodze dziedziczenia ustawowego. Powyższe stwierdzenie jest równoznaczne z dokonaniem przestępstwa z art. 265 k.k. (fałszerstwo dokumentów). Faktyczne możliwości ustaleń identyfikacyjnych dokonane w oparciu o opinię

że testator w chwili sporządzania testamentu nie był zdolny do czynności prawnych, mają z reguły miejsce wówczas, gdy zawiodą kroki zmierzające do wykazania nieautentyczności kwestionowanego testamentu. Niezdolność do testowania zazwyczaj chce się uzasadnić chorobą psychiczną testatora lub zaistniałymi zmianami psychicznymi związanymi z wiekiem spadkobiercy⁶¹².

W takim przypadku organ prowadzący postępowanie spadkowe wydaje postanowienie o powołaniu biegłych psychiatrów w celu wydania przez nich stosownej opinii w tym przedmiocie. Obok wzorcowego przypadku, gdy testator leczył się w poradni psychologicznej bądź psychiatrycznej i istnieje stosowna dokumentacja lekarska, w praktyce pojawiają się sytuacje, gdy jedynym źródłem informacji o stanie zdrowia testatora są zeznania świadków, często zainteresowanych określonym rozstrzygnięciem sprawy spadkowej⁶¹³. W takich przypadkach, fluktuacje w piśmie ręcznym powstające wskutek czynników patologicznych, mogą być pomocnym elementem diagnozy stanu psychicznego spadkobiercy. Bezspornie postulować należy o wykorzystanie struktury graficzno-językowej przy badaniach psychiatrycznych, albowiem pismo i język są tworem przede wszystkim psychicznym i od sprawności psychicznej w dużym stopniu zależą. Analiza pisma ręcznego, którym testator nakreślił testament holograficzny, jak również materiał porównawczy bezwzględny⁶¹⁴, pochodzący z okresu najbardziej zbliżonego do śmierci spadkodawcy, mogą i powinny stać się

pismoznawczą sprowadzają się nie tylko do oceny autentyczności dokumentu testamentu, ale również do wskazania sprawcy fałszerstwa. Dziwi więc fakt, iż w przeprowadzonych badaniach akt spraw z zakresu postępowania spadkowego, w 70% spraw sąd nie dążył do ustalenia sprawcy fałszerstwa, pomimo zgłoszonego zarzutu nieautentyczności testamentu. Nabiera to szczególnego znaczenia w kontekście potencjalnego uznania sprawcy fałszerstwa testamentu za niegodnego dziedziczenia, zgodnie z regulacją art. 928 k.c.; E. Cebula, M. Małysz: *Wtórne cywilne i karne skutki stwierdzenia nieautentyczności testamentu*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 83-87.

⁶¹² A. Feluś: *Testamenty...*, s. 153.

⁶¹³ Zazwyczaj świadkowie posiadają „własne” kryteria rozstrzygające, czy dana osoba była chora psychicznie czy też nie. Z reguły biegli są sceptyczni w odniesieniu do tego źródła informacji i przy braku stosownych informacji ze szpitala lub przychodni psychiatrycznej, nie uznają testatora za niezdolnego do testowania, chociażby niektórzy ze świadków zeznawali, iż jego sprawność psychiczna odbiegała od normy; A. Feluś: *Testamenty...*, s. 153-154.

⁶¹⁴ Materiał porównawczy winien być jak najbardziej obszerny; im obfitszy będzie materiał, tym lepsze rokowania uzyskania trafnego rozstrzygnięcia; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 27; D. Opińska: *op. cit.*, s. 58.

podstawą do opiniowania w kategoriach psychiatrycznych i psychologicznych⁶¹⁵.

Bez wątpienia więc ekspertyza pisma winna stać się przedmiotem rutynowych badań klinicznych w trakcie opiniowania przez psychiatrów, co pozwoli na szersze spojrzenie na stan zdrowia psychicznego testatora. W szczególności dotyczy to przypadków, gdy kwestionowany jest testament holograficzny (jego część lub też sam podpis), jak i w przypadku kompleksowych opinii kryminalistyczno-psychiatrycznych.

⁶¹⁵ A. Feluś: *Testamenty*, s. 155. D. Opińska stoi na stanowisku, iż materiał porównawczy winien pochodzić z różnych lat życia testatora, co pozwala na badania narastania zmian patologicznych wraz z upływem lat, względnie wraz z pogłębianiem się schorzenia; D. Opińska: *op. cit.*, s. 58. Zwrócić należy jeszcze uwagę na problematykę pomocy udzielonej testatorowi w prowadzenia ręki lub jej podpieraniu. Ma to szczególne znaczenie w cięższych przypadkach po wylewie, kiedy chorzy nie mogą samodzielnie pisać i wymagają pomocy w formie podtrzymywania lub prowadzenia ręki. Przy podpieraniu ręki nie zmieniają w istotny sposób cech pisma, za wyjątkiem zmniejszenia ataksji, zakłóceń linearności, powiększenia owali i pętlic; nie dochodzi więc do utraty znamion osobniczych piszącego, jak też nie pojawiają się znamiona osobnicze pomagającego. Z kolei przy prowadzeniu cudzej ręki, zanikowi ulega tremor i naturalne cechy pisma osoby, której rękę się prowadzi, jak również występują znaczne zmiany naciskowości (jest niejednostajnie zwiększony), nieregularność nachylenia, zmniejszenie tempa kreślenia oraz pojawiają się cechy pisma osoby prowadzącej rękę. Niemniej w wielu przypadkach samo odróżnienie pisma prowadzonego od podpieranego będzie niezwykle trudne. Fakt sporządzenia testamentu tzw. ręką prowadzoną prowadzi do jego nieważności. Ma to miejsce wówczas, gdy testator był np. w agonii, utracił świadomość, nie był w stanie pisać, utracił zdolność widzenia; Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 151-153; L. Michel: *Pomoc udzielana przy sporządzaniu własnoręcznych testamentów*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 2-6; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 27-28; D. Opińska: *op. cit.*, s. 57.

Rozdział III.

Patologia pisma ze szczególnym uwzględnieniem pisma schizofreników

1. ASPEKT NEUROBIOLOGICZNY PROCESU PISANIA.

Aby odpowiedzieć na zasadnicze pytanie, czy istnieją dostrzegalne związki występujące pomiędzy systemem językowym oraz procesem czytania i pisania a schizofrenią, należy w pierwszej kolejności wyjaśnić podstawowe zagadnienia związane z powyższymi zjawiskami.

Język mówiony i pisany są jednymi z najbardziej rozwiniętych, złożonych czynności psychicznych odbywających się w mózgu. Posługiwanie się nimi przez człowieka pozostaje w ścisłym związku z rozwojem świadomości i osobowości. Umiejętność posługiwania się mową ustną i pisaną jest środkiem porozumiewania się pomiędzy ludźmi. To, co mówimy i to co piszemy musi mieć jakiś sens i znaczenie⁶¹⁶. Porozumiewanie się za pomocą mowy wymaga nabycia określonych umiejętności (kompetencji), które zostaną scharakteryzowane poniżej.

Podstawowym elementem percepcji mowy jest słuch fonematyczny, warunkujący w znacznej mierze osiągnięcie prawidłowego poziomu rozwoju mowy i artykulacji oraz umiejętności czytania i pisania. Przez fonem rozumieć należy zespół cech dystynktywnych głoski, które służą do odróżniania znaczeń wyrazów, przy czym dźwiękową realizacją fonemu jest litera. Wyodrębnienie fonemów dokonuje się w obrębie percepcji słuchowej, w trakcie złożonych procesów analizy i syntezy⁶¹⁷. Z fonemów tworzone są morfemy, czyli najmniejsze jednostki językowe posiadające znaczenie. Zdolność produkowania (ekspresji) i rozumienia (percypowania) fonemów nazywana jest **kompetencją fonetyczną**, która jest zdolnością wrodzoną, zakodowaną genetycznie, właściwą gatunkowi ludzkiemu. Z połączenia morfemów tworzone są słowa, z których tworzone są z kolei zdania⁶¹⁸. Aby móc posługiwać się mową, człowiek musi dysponować pewnym zasobem słów,

⁶¹⁶ E. Pöpel, A. L. Edingshaus: *op. cit.*, s. 216; J. Mickiewicz: *Jedynka z ortografii? Rozpoznawanie dysleksji, dysortografii i dysgrafii w starszym wieku szkolnym*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 1997, s. 9.

⁶¹⁷ J. Mickiewicz: *op. cit.*, s. 9-10. Zaburzenia słuchu fonematycznego powodują zakłócenia w odróżnianiu słów podobnie brzmiących, np. kura - góra, Tomek - domek; *ibidem*, s. 10. Warto dodać, iż wszystkie języki świata składają się jedynie z *ca* 100 różnych dźwięków mowy; E. Pöpel, A. L. Edingshaus: *op. cit.*, s. 221.

⁶¹⁸ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 71.

czyli słownikiem (to tzw. poziom czy też **kompetencja leksykalna**). Oczywiście nie same słowa wystarczą do czynienia mowy; muszą być one wypowiedziane w odpowiednim porządku, łączone ze sobą w taki sposób, aby wypowiedź była zrozumiała dla odbiorcy. Zdolność łączenia słów w uporządkowane ciągi nazywana jest **kompetencją syntaktyczną**, umożliwiającą stosowanie reguł gramatyki właściwych dla danego języka. Dodatkowo treść, jaką chcemy przekazać innym, musi mieć swój sens i znaczenie. Umiejętność używania słów zgodnie z ich znaczeniem nazywana jest **kompetencją semantyczną**. Język mówiony jest również narzędziem wyrażania uczuć, emocji, wrażeń i przeżyć wewnętrznych. Ekspresję uczuć w języku umożliwia człowiekowi **kompetencja prozodyczna**, z którą nierozzerwalnie związana jest także mimika i gesty ciała.

Pięć powyższych kompetencji stanowi składową umiejętność sprawnego posługiwania się językiem mówionym. Jednakże biegłe posługiwanie się mową wymaga dodatkowych kompetencji, tj. **komunikacyjnej** oraz **kognitywnej**. Ta pierwsza umożliwia stworzenie prawdziwego kontaktu z adresatem wypowiedzi słownej i przejawia się w swoistych dla każdego kręgu kultury sposobach i regułach prowadzenia rozmowy, np. zachowaniu określonego dystansu fizycznego czy też kontaktu wzrokowego. Posługiwanie się mową ma również aspekt kognitywny. Kiedy słuchamy kogoś, zakładamy z góry, iż jego przekaz słowny odzwierciedla prawdę i nie zastanawiamy się nad tym, czy mówi on rzeczywiście prawdę czy też nie; człowiek posiada bowiem pierwotne zaufanie do słowa. Kompetencja kognitywna opiera się więc na postrzeganiu rzeczy, zjawisk i stanów takimi, jakimi są. Jeśli więc dla kogoś rzeczy przestają być tożsame, wówczas załamuje się automatycznie kompetencja kognitywna. Porozumiewanie się za pomocą mowy jest utrudnione lub czasami staje się niemożliwe wówczas, gdy wskutek choroby załamują się racjonalne i psycholingwistyczne podstawy posługiwania się językiem mówionym. W tym miejscu warto już zasygnalizować, kierując się tematyką niniejszej rozprawy, iż u osób dotkniętych schizofrenią często obserwowane jest upośledzenie i załamanie kompetencji językowej, skutkiem czego porozumiewanie się za pomocą mowy staje się znacznie utrudnione lub wręcz niemożliwe. Schizofrenicy są podwójnie upośledzeni w kwestii kompetencji językowej. Przede

wszystkim procesy myślowe przebiegają u nich niezależnie od ocen emocjonalnych, co znajduje swoje odzwierciedlenie w niedostosowaniu cech prozodycznych mowy (ekspresji uczuciowej, mimiki) do wypowiedzianych treści. Nadto schizofrenik nie posiada umiejętności przekazania w mowie znaczeń i pomyślanych treści, co często skutkuje niemożnością zrozumienia sensu jego wypowiedzi słownej⁶¹⁹.

Wydawać by się mogło, iż wyodrębnianie poszczególnych kompetencji, poziomów języka jest sztuczne i zbędne. Jednakże z obserwacji klinicznych wynika, iż w określonych stanach następuje selektywna utrata poszczególnych kompetencji. Osoby po udarach lub innych uszkodzeniach mózgu tracą zdolność łączenia słów w uporządkowane ciągi (kompetencję syntaktyczną), bądź też mają poważne trudności w używaniu słów zgodnie z ich znaczeniem (kompetencja semantyczna). Powyższe defekty mogą oczywiście występować łącznie, ale fakt występowania wybiórczej utraty kompetencji wskazuje na to, iż poszczególnymi kompetencjami językowymi zawiadują odrębne mechanizmy mózgowe. W przeważającej liczbie przypadków upośledzenie sprawności językowej jest następstwem urazów lewej półkuli mózgowej, a w szczególności części czołowej (to tzw. okolica Broki). W takich przypadkach obserwowana jest najczęściej utrata kompetencji syntaktycznej, zaś chorzy nie potrafią w sposób płynny wypowiadać poprawnie zbudowanych zdań i posługują się tzw. stylem telegraficznym wypowiedzi. Powyższe upośledzenie nazywane jest agramatyzmem. Z kolei w przypadku uszkodzeń lewego płata skroniowego, pacjent posiada zachowaną umiejętność płynnej mowy, niemniej wypowiedzi pozbawione są sensu i znaczenia. To wskazuje na fakt, iż za kompetencję semantyczną odpowiedzialna jest ta właśnie część mózgu, zwana okolicą Wernickego⁶²⁰.

Pismo jest graficznym odbiciem języka mówionego. Język w zależności bowiem od przekazywania, może być budowany z różnych substancji: fonicznej, która *de facto* jest podstawą tworzenia tekstu słownego oraz graficznej, z której powstaje tekst pisany. Każdy z elementów systemu pierwotnego, jakim jest mowa,

⁶¹⁹ E. Pöpel, A. L. Edingshaus: *op. cit.*, s. 222-225.

⁶²⁰ *Ibidem*, s. 223-224.

a więc głoski (zespoły kilku ruchów artykulacyjnych), sylaby, słowa czy w końcu zdania, posiada swój odpowiednik w systemie pisma, a więc w znaku pisarskim, literze i słowie. Pismo jawi się jako naturalna metoda przekazywania i utrwalania mowy⁶²¹. Nie wdając się w rozważania dotyczące filogenezy pisma, a więc jego powstania i doskonalenia w związku z rozwojem społecznym, warto przyjrzeć się bliżej ontogenezie pisma, rozumianej jako rozwój procesu pisania u indywidualnego człowieka.

Pismo jest jednym z najbardziej rozwiniętych i udoskonalonych przejawów działalności mózgu. Należy do tzw. wyższych procesów psychicznych, właściwych jedynie dla funkcjonalnej organizacji mózgu człowieka. Pismo, jak każda złożona świadoma czynność, ma początkowo rozwinięty charakter i opiera się na wielu zewnętrznych środkach. Stopniowo ulega redukcji i przekształca się w zautomatyzowany nawyk ruchowy. W tym miejscu warto już nadmienić, iż w pierwszych etapach pismo opiera się na przypominaniu graficznego obrazu każdej litery i jest realizowane za pomocą łańcucha odrębnych impulsów ruchowych, z których każdy warunkuje wykonanie tylko jednego elementu struktury graficznej. Stopniowo, w wyniku ćwiczenia, taka struktura procesu zmienia się, zaś pismo przekształca się w jednolitą „kinetyczną melodię”, nie potrzebującą specjalnego przypominania obrazu wzrokowego każdej litery czy też impulsów ruchowych w celu napisania⁶²². Mowa pisana powstała w końcowym etapie neurobiologicznego rozwoju ludzkości. W procesie pisania bierze udział olbrzymia ilość różnorodnych czynników psychiczno-somatycznych. W kształtowaniu podstaw organicznych człowieka uczestniczą takie systemy ludzkie jak nerwowy, kostno-ruchowy, naczyniowy, czuciowo-zmysłowy, korowo-mózgowy, kojarzeniowy, miękkie struktury nawierzchni. Wszystkie powyższe elementy są formowane przez psychikę człowieka, zarówno tę uzewnętrznioną, jak i ukrytą. Sposób działania każdego z wymienionych składników jest bardzo osobisty, wskutek czego są one łącznie

⁶²¹ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 71; S. Skubisz: *Dowód z ekspertyzy pism patologicznych*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2004, s. 50.

⁶²² A. R. Łuria: *Podstawy neuropsychologii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976, s. 80-81.

indywidualizujące. Pismo jest więc obrazem graficznym, które poprzez ruch graficzno-pisarski mechanicznie odzwierciedla na podłożu pisarskim najgłębsze warstwy osobowości. Czynniki neurobiologiczne, stany ducha, emocje, namiętności, mają znaczny wpływ na znaki i ruchy graficzno-pisarskie, a co za tym idzie na ruchy pisarskie i w konsekwencji obraz pisma ręcznego⁶²³. Pismo każdego człowieka jawi się więc jako wytwór ściśle zindywidualizowanych i wzajemnie powiązanych procesów psychiczno-fizycznych, do których dochodzi w obrębie jego organizmu. Fizjologia procesu pisania polega na skomplikowanych pobudzeniach nerwowych i ich integracji w korze mózgowej i aparacie ruchowym ręki. Procesy psychiczne gwarantują i zapewniają powstanie określonej informacji, jej treść, analizę i syntezę dźwiękową. U piszącego musi powstać wizualizacja słuchowa pozwalająca na ujęcie litery i wyrazu jako całości, a nadto wyobrażenie drogi kreślenia znaków graficznych, które to procesy powtarzają się automatycznie przy pisaniu. Nadto procesy psychiczne są odpowiedzialne za możliwość przeniesienia za pośrednictwem układu nerwowego do układu mechanicznego (aparatu kostno-ruchowego ręki), który, jako płaszczyzna fizyczna (motoryczna), pozostaje w ścisłej zależności od funkcjonowania tegoż systemu nerwowego, co nadaje ostateczny, zindywidualizowany psychofizyczny ślad człowieka - pismo⁶²⁴. Duże znaczenie posiadają także warunki pisania, takie jak pozycja piszącego, układ ręki piszącej i towarzyszącej przy pisaniu, sposób trzymania środka pisarskiego, odległość oczu od podłoża pisarskiego. Pisanie jawi się więc jako pewna całość psychomotoryczna, w realizacji której występują takie elementy jak słuchowe wydzielenie głoski, znalezienie jej odpowiednika literowego, zapamiętanie kształtu litery i nakreślenie litery⁶²⁵.

⁶²³ J. A. Justes, J. D. Villalain Blanco: *Czynnik neurobiologiczny w piśmie i ekspertyzie pisma*, [w:] Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 1986 r., s. 312-313.

⁶²⁴ P. Horoszowski: *Kryminalistyka*, s. 543-544; T. Wróbel: *Pismo i pisanie w nauczaniu początkowym*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1958, s. 48-49.

⁶²⁵ T. Wróbel: *op. cit.*, s. 48; T. Luśnia: *Kształtowanie się cech osobniczych pisma ręcznego podczas procesu nauczania u dzieci w wieku wczesnoszkolnym (klasa I-V szkoły podstawowej)*, [w:] *Zeszyty metodyczne – Badania dokumentów* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, nr 3, s. 38-39.

Jak już wcześniej podkreślono, mowa, a co za tym idzie również pisanie, należą do tzw. wyższych czynności korowych. Ośrodek mowy składa się z ośrodka motorycznego, zlokalizowanego w tylnej części lewego płata czołowego (tzw. ośrodek Broki⁶²⁶), umożliwiającego mówienie oraz pisanie, czyli tzw. mowę zewnętrzną. Nadto ośrodek mowy składa się z ośrodka sensorycznego, ulokowanego w lewym górnym zakręcie skroniowym, zawiadującego rozumieniem mowy (tzw. pole Wernickego⁶²⁷). W połączeniu z odkryciem dokonany przez Brokę oznacza to, iż dwie różne funkcje ulegają zaburzeniu wskutek uszkodzeń zlokalizowanych w dwóch różnych miejscach mózgu. Potwierdzenia lokalizacji ośrodków mowy dostarczają również liczne badania i obserwacje kliniczne⁶²⁸, których bliższe przedstawienie leży jednak poza zakresem niniejszej rozprawy.

Jest rzeczą oczywistą, że udział obydwu półkul mózgowych w wielu czynnościach, w tym także w mowie i piśmie, jest niejednakowy. Opisane wcześniej uszkodzenia struktur mózgu stanowiących biologiczną podstawę (zwłaszcza kompetencji syntaktycznej i semantycznej), nie są jedynymi. Na podstawie wielu eksperymentów stwierdzono, iż lewa półkula mózgu dominuje, zwłaszcza u dorosłych, praworęcznych mężczyzn, w odniesieniu do funkcji językowej. Z kolei prawa półkula zawiaduje i odpowiada za wyobraźnię przestrzenną i ocenę emocjonalną. O ile za kompetencję leksykalną, syntaktyczną, semantyczną i fonetyczną odpowiadają struktury lewopółkulowe, o tyle za kompetencje

⁶²⁶ W 1885 r. Paul Broca ogłosił swoje słynne zdanie, które stało się kamieniem milowym w historii badań nad funkcjami mózgu: *Nous parlons avec l'hémisphère gauche* - mówimy lewą półkulą; K. Walsh: *Neuropsychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 26. Broca przyjął założenie, iż „tylna trzecia część zakrętu czołowego dolnego w lewej półkuli jest „ośrodkiem ruchowych obrazów słów”” oraz że uszkodzenie tej okolicy prowadzi do specyficznej utraty mowy ekspresyjnej, co początkowo nazwał alemią, a później zmienił na istniejący do dziś termin afazja. Odkrycie Broki miało podwójne znaczenie; z jednej strony po raz pierwszy złożona czynność psychiczna została zlokalizowana w określonej części kory mózgu, zaś z drugiej po raz pierwszy wykazano zasadniczą różnicę między funkcjami lewej i prawej półkuli mózgu, wiążąc półkulę lewą jako wiodącą, ze złożonymi czynnościami mowy; A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 69-72.

⁶²⁷ Po raz pierwszy w r. 1873 niemiecki psychiatra K. Wernicke opisał przypadek, w którym uszkodzenie okolicy tylnej trzeciej części zakrętu skroniowego górnego w lewej półkuli wywołało zaburzenie rozumienia mowy słyszanej, przy stosunkowo dobrze zachowanej mowie ekspresyjnej. Wernicke rozwijając ideę Broka założył, iż „tylna trzecia część zakrętu skroniowego górnego w półkuli lewej jest „ośrodkiem czuciowych obrazów „słów”” lub ośrodkiem „pojęcia słów” A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 72.

⁶²⁸ K. Walsh: *op. cit.*, s. 177 i nast.

prozodyczne odpowiada prawa półkula. Istnieje więc silna zależność pomiędzy uszkodzeniami lewej półkuli a zaburzeniami funkcji językowych, tj. ekspresji werbalnej, rozumienia, czytania i pisania. Generalizując stwierdzić należy, iż u każdego człowieka jedna z półkul przeważa i zawiaduje czynnością pisania, przy czym przeważnie jest to półkula lewa. W zależności bowiem od dominacji czynnościowej jednej z półkul mózgowych, rozróżnia się osoby prawo- i lewostronne. Tak więc za prawą stronę ciała odpowiada struktura lewopółkulowa, a za lewą stronę struktura prawopółkulowa (tzw. asymetria funkcjonalna mózgu, nazywana też lateralizacją). Dominująca jest więc z reguły półkula po stronie przeciwnej do preferowanej ręki⁶²⁹. Warto zauważyć, iż małe dziecko początkowo porusza obydwoma rękami jednakowo sprawnie, co jest konsekwencją usytuowania ośrodka ruchu w obydwu półkulach mózgu. W miarę ćwiczenia pisma prawą ręką, stopniowo zanika ośrodek w prawej półkuli. Nie jest to jednak zanik całkowity, a jedynie poziom utajenia i może w przyszłości zastąpić uszkodzony lewy ośrodek⁶³⁰. Warto podkreślić, iż celowy ruch, jakim jest pisanie, w aspekcie jego podstaw neurobiologicznych, nie daje się zasufladkować do prostych, mechanistycznych modeli. W procesie pisania niezbędnych jest wiele, wypracowanych anatomicznie i neurofizjologicznie, systemów mózgowych. Jeśli ich zabraknie, dochodzi do poważnych zaburzeń podczas pisania, przy czym w pewnym stopniu, niektóre z zaburzeń mogą zostać częściowo skompensowane przez piszącego, poprzez świadome działania bądź plastyczność funkcji mózgu⁶³¹.

⁶²⁹ E. Pöpel, A. L. Edingshaus: *op. cit.*, s. 220-223; K. Walsh, *op. cit.*, s. 354. Należy jednak zauważyć, iż klasyczna koncepcja dominacji, zgodnie z którą u osób praworęcznych dominująca jest półkula lewa, zaś u leworęcznych prawa, uległa wskutek badań klinicznych ewolucji. Wskazuje się bowiem obecnie na obustronną reprezentację mowy u osób lewostronnych. Pamiętać też należy, że półkula niedominująca w dość dużym stopniu ma zdolność rozumienia mowy; K. Walsh, *op. cit.*, s. 355-356, 390.

⁶³⁰ A. Kłęsk: *Psychofizjologia i patologia pisma*, Książnica - Atlas, Lwów - Warszawa 1924, s. 17. Aktualnie podkreśla się, iż nawet niemowlęta wykazują objawy lateralizacji, czyli przewagi czynności ruchowych jednej strony ciała nad drugą. Zgodnie ze spostrzeżeniami, niemowlę zaczyna obserwować swoją prawą rękę już w 15 dniu po przyjściu na świat, podczas gdy obserwacja lewej ręki ma swój początek dopiero po upływie 40 dnia życia; W. Brejnak, K. J. Zabłocki: *Dysleksja w teorii i praktyce*, Warszawski Oddział Polskiego Towarzystwa Dysleksji, Oddział Terenowy nr 1, Warszawa 1999, s. 117.

⁶³¹ R. M. A. Suchenwirth: *Neurologie und Pathologie des Schreibens*, Zeitschrift für Menschenkunde, 45/1981, s. 117.

Dzięki centralnemu i obwodowemu układowi nerwowemu, w trakcie czynności pisania zaangażowane są określone grupy mięśni kontrolujące ruchy, tj. łokcia w trakcie wykonywania dużych ruchów, ręki, które wykonują drobniejsze ruchy oraz palców, kontrolujące najsubtelniejsze ruchy. Ruch oznacza zawsze kontrakcję włókien mięśniowych. Człowiek dysponuje ok. 250.000.000 włókien mięśniowych, co ukazuje stopień komplikacji ruchu i sterowania nim⁶³². Proces pisania powiązany jest z użyciem pewnej siły, co oznacza, iż musi istnieć i zostać wykorzystana wystarczająca ilość włókien mięśniowych. Jeśli tak nie jest, pismo staje się „słabe”. Włókna mięśniowe muszą się wykazywać pewnym napięciem. Zarówno zbyt małe napięcie (hipotonia), jak i zbyt duże (hipertonie) oraz spastyczność, utrudniają wykonywanie ruchów pisania⁶³³. Analiza grup mięśni biorących udział w procesie pisania poszczególnych kresek dała następujące rezultaty: mięśnie wyprostne palców i mięśnie śródkostne są odpowiedzialne za powstanie kresek włosowatych, a zginacze palców odpowiadają za kreski grube. Kreślenie liter umożliwiają w głównej mierze palce, zaś słów - ręka. Z kolei przedramię kontroluje przejście jednego słowa w drugie⁶³⁴. W aspekcie graficznym czynność pisania polega na kreśleniu (wykonywaniu określonych ruchów ręki) znaków konwencjonalnych⁶³⁵. Na sam proces kreślenia składają się ruchy szeregowo (np. pisanie litery „m”, „n”, „u”), kombinowane (litery „k”, „a”) oraz ruchy podbiegające (powstają wówczas proste i pętle w literach „b”, „d”, „p”). Pisanie ciągłe stanowi cykl ruchowy, w którym wyróżniamy część wstępującą (wejście), właściwy ruch kreślący i część końcową (wyjście), która często bywa równocześnie wejściem do kolejnej litery. Z uwagi na mechanizm ruchu wyróżniamy dwie części: ruch podbiegający i postępujący. Ruch podbiegający przebiega w płaszczyźnie pionowej i determinuje kontur danej litery. Z kolei ruch postępujący umożliwia ułożenie liter obok siebie

⁶³² *Ibidem*, s. 114.

⁶³³ Przy hipotonii mięśni, łatwo dochodzi do zbyt obszernych ruchów, zaś przy hipertoni ręki pozostają albo małe (tzw. sztywność woskowa - syndrom Parkinsona), albo chory musi poprzez ciągle dopasowywanie się pokonywać opór włókien mięśniowych, co prowadzi do powstania minimalnych oznak ruchowych (spastyczność); *ibidem*, s. 115.

⁶³⁴ A. Kłęsk: *op. cit.*, s. 11-12.

⁶³⁵ Vinh Bang: *Etude Expérimentale sur l'évolution de l'écriture chez les écoliers de 7 à 18 ans*, Geneva 1955, s. 127.

w wyrazie. Za ich wykonywanie odpowiedzialne są różne części ręki, przy czym ruch podbiegający wykonywany jest w głównej mierze przez palce, zaś ruch postępujący wykonuje ramię i przedramię ręki⁶³⁶. Samo narzędzie pisarskie utrzymywane jest przez kciuk i palec wskazujący, a wspiera się na trzecim palcu (środkowym); pozostałe palce pełnią rolę statywu. W trakcie wykonywania ruchu pisarskiego łokieć stanowi środek koła, a przedramię jego promień. Często w trakcie nauki pisania i doskonalenia pisania powoduje to trudności w utrzymywaniu prostych, poziomych wierszy, co powoduje ich zagięcie na początku lub końcu.

W miarę doskonalenia czynności pisania, przedramię zaczyna się przesuwając równomiernie, dzięki czemu linia wiersza staje się stopniowo prosta. W trakcie pisania występować mogą również współruchy, tj. wspomagające proces pisania ruchy grupy mięśni w okolicy ust i języka. Proces taki jest obserwowany najczęściej u dzieci i osób niewprawnych w piśmie; niekiedy zaś występuje u osób starszych. Występowanie współruchów w trakcie pisania tłumaczone jest bliskim sąsiedztwem w mózgu ośrodków zawiadujących pracą twarzy i mowy⁶³⁷.

2. KSZTAŁTOWANIE SIĘ CECH OSOBNICZYCH W PIŚMIE RĘCZNYM.

Truizmem jest stwierdzenie, iż czynności pisania i czytania człowiek musi się nauczyć. Nauka pisania i czytania w najprostszym ujęciu polega na umiejętności rozkładu słów na określone elementy składowe (analiza) oraz na przeprowadzaniu ich syntezy w jedną całość. Po upływie pewnego przedziału czasu, ten pierwszy etap zostaje zastąpiony umiejętnością całościowego dostrzegania obszerniejszych fragmentów tekstu. W procesie syntezy szczególnie ważną rolę odgrywa pamięć słuchowa, która odpowiada za przechowywanie poszczególnych elementów składowych słów i ich scalanie w wyrazy, jak również na zapamiętywaniu ciągów

⁶³⁶ T. Wróbel: *op. cit.*, s. 50, 55-56.

⁶³⁷ A. Klęsk: *op. cit.*, s. 16.

wyrazów następujących po sobie i usystematyzowanych w aspekcie logiczno-gramatycznym⁶³⁸.

Jak już wcześniej wspomniano, proces pisania składa się z trzech elementów (psychologicznego, fizjologicznego i motorycznego), wzajemnie ze sobą skoordynowanych, występujących w procesie nauki pisania równocześnie oraz następczo. Aby jednak napisać chociażby jedną literę, musi powstać w centralnym układzie nerwowym odpowiednie spostrzeżenie i wyobrażenie o literze. Co za tym idzie, aby pisać, człowiek musi osiąść stosowne analityczno-syntetyczne wyobrażenia językowe liter, wyrazów i zdań. Osiągana stopniowo podczas nauki automatyzacja poszczególnych ruchów wchodzących w skład czynności pisania staje się możliwa wówczas, gdy powstają analityczno-syntetyczne wyobrażenia słów przed ich napisaniem, zaś samo zautomatyzowanie czynności pisarskiej umożliwia koncentrację na estetyce pisma, elementach treściowych wypowiedzi oraz poprawności zapisu pod względem gramatycznym, stylistycznym i ortograficznym. Automatyzacja nie oznacza jednakże, iż czynność pisania odbywa się całkowicie bez udziału świadomości. Do istotnych czynników kontrolujących proces prawidłowo wykonywanych serii ruchowych należą wzrok, dotyk i wrażenia mięśniowe⁶³⁹.

W procesie kształtowania umiejętności posługiwania się pismem ręcznym wyróżnia się trzy zasadnicze stadia:

- **Opanowania schematów liter i ich połączeń.** Proces ten trwa do końca I klasy szkoły podstawowej, a więc kończy się wraz z wyczerpaniem ostatniej litery alfabetu. Uczniowie na tym etapie poznają wzorce elementarzowe znaków literowych. Ciągi znaków literowych charakteryzują się wolnym tempem kreślenia, impulsem grammowo-literowym (rzadko sylabowym), niestabilnością zarówno pochylenia pionowych detali znaków graficznych względem linii podstawowej pisma, jak i komponowania poszczególnych elementów pisma w polach wyznaczonych przez liniament (w przestrzeniach śródlinijnych, nadlinijnych i podlinijnych). Nadto cechuje je tremor oraz brak

⁶³⁸ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 72.

⁶³⁹ T. Luśnia, *op. cit.*, s. 38-40; T. Wróbel: *op. cit.*, s. 52, 60.

cieniowania linii graficznych znaków, będące rezultatem jednostajnego nacisku narzędzia pisarskiego na podłoże oraz wiązania znaków literowych za pomocą osobno kreślonych detali, zgodnie z wzorcami podanymi w zeszytach do ćwiczeń i przez nauczyciela. Stadium to charakteryzuje się brakiem ukształtowanych i utrwalonych cech osobniczych.

- **Modyfikacji pisma**, którego przedział czasowy określany jest na klasy II-IV. Wskutek ćwiczeń w pisaniu, polepszeniu ulega sprawność koordynacji ruchowej i wykonywania ruchów składowych (grammowych). Pisanie staje się czynnością coraz mocniej zautomatyzowaną, wymagającą coraz mniejszego udziału świadomości. Wskutek automatyzacji procesu pisania oraz celem poprawy ekonomiki pisania, elementarzowe formy i wzorce graficzne znaków literowych są zastępowane własnymi, zaś niektóre detale graficzne są zmieniane i dostosowywane do wymagań racjonalnego ruchu (np. poprzez skracanie elementów podlinijnych i nadlinijnych, upraszczanie wzorcowych sposobów łączenia). Stadium to charakteryzuje pojawienie się cech indywidualnych, właściwych dla grafizmu uczniów, które podlegają ciągłym fluktuacjom i których nie można zaliczyć do nawyków utrwalonych.
- **Indywidualizacji pisma**, która trwa od IV klasy. W stadium tym następuje dalsza automatyzacja i zaawansowanie modyfikacji procesu pisania oraz występowanie utrwalonych cech indywidualnych (osobniczych). W grafizmie zaobserwowano pojawienie się cech konstrukcyjnych, samo zaś pismo jest na tyle zindywidualizowane, że można je identyfikować. Oczywiście jest, iż cechy te w miarę upływu czasu, zgodnie z zasadą indywidualnego rozwoju pisma, mogą ulegać dalszym fluktuacjom⁶⁴⁰.

W świetle powyższego, przebieg nauki pisania jawi się jako proces wielostopniowy, który rozpoczyna się od ścisłego naśladowania znaków graficznych, a kończy na automatyzacji czynności pisania i występowaniu w grafizmie cech indywidualnych (indywidualizacji pisma), stanowiących

⁶⁴⁰ T. Luśnia, *op. cit.*, s. 40-63.

odstępstwa od elementarзовych wzorców znaków graficznych. Wskutek różnicy w wydolności psychiki człowieka oraz ukształtowanych nawyków, każdy człowiek kreśli pismo w swój charakterystyczny sposób⁶⁴¹. Cechą indywidualną pisma jest więc silnie utrwalony nawyk, przyzwyczajenie, powtarzające się nie tylko w ramach jednego zapisu, ale występujące również w innych zapisach autorstwa tej samej osoby⁶⁴². Poszczególne cechy pisma mogą podlegać zmianom aż do chwili ustalenia się pisma, czyli tzw. dojrzałości pisma, co najczęściej ma miejsce ok. 30 roku życia - przy uwzględnieniu faktu, iż każdy człowiek osiąga tenże poziom indywidualnie, w zależności od dyspozycji psychofizycznej⁶⁴³. A. Feluś zjawisko to nazwał procesem personalizacji pisma, charakteryzującym się stabilizacją poziomu pisma i mniejszą fluktuacją cech indywidualnych⁶⁴⁴. Oczywistym jest, iż nie oznacza to, że właściwości graficzne pisma stają się stałe i niezmiennie. Cechy występujące w piśmie są skorelowane z różnymi okolicznościami, warunkami pisania, stanami nastroju czy w końcu ogólną dyspozycją psychofizyczną piszącego. Przyjmuje się, że od ok. 60 roku życia zaczyna się stopniowy proces degradacji pisma ręcznego, zaś do znamion grafizmu pisma starczego zalicza się pogorszenie jakości estetycznej pisma i jego czytelności, tremor, ubytki gramm i obniżenie szybkości kreślenia⁶⁴⁵.

Dokonując analizy czynników mogących potencjalnie wpłynąć indywidualizująco na grafizm, autor niniejszej rozprawy pokusił się o zestawienie tychże cech w nieortodoksyjny sposób. Przedstawiane w literaturze przedmiotu klasyfikacje sprowadzają się w głównej mierze do podziału czynników mogących wpłynąć na obraz pisma na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Zasadnym wydaje się jednakże dokonanie dodatkowego podziału czynników wewnętrznych na mające charakter przejściowy (odwracalny, tymczasowo wpływające na grafizm) oraz te,

⁶⁴¹ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 18-19; R. Soszalski: *op. cit.*, s. 582-583.

⁶⁴² W. Wójcik: *Badania porównawcze pisma ręcznego*, Problemy Kryminalistyki, 1958, nr 14, s. 415.

⁶⁴³ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 19. Od osiągnięcia tego poziomu aż do wystąpienia czynników patologicznych, grafizm uznaje się za stabilny.

⁶⁴⁴ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 49.

⁶⁴⁵ Warto wspomnieć, iż A. Klęsk dokonał podziału czasu posługiwania się piśmem ręcznym na siedem etapów. I tak wyróżnił: pismo kaligraficzne (do 16 roku życia), pismo pretensjonalne (16-20 r. ż.), pismo wprawne, ale bez charakteru (20-25 r. ż.), pismo z charakterem (25-40 r. ż.), pismo z dodatkami (40-55 r. ż.), pismo z początkami cech starczych (55-60 r. ż.) i w końcu pismo starcze; A. Klęsk: *op. cit.*, s. 28.

które w sposób stały zaburzają bądź degradują jakość pisma. Należy jednak wskazać, iż określone czynniki wewnętrzne o charakterze przejściowym mogą również oddziaływać w sposób stały na pismo, jeśli zaburzenie organizmu pomimo charakteru początkowo przejściowego, przeistacza się w proces długotrwały, wywołujący trwałe, nieodwracalne zmiany w organizmie człowieka, znajdujące swoje odbicie w piśmie.

Tabela 3.1.

Czynniki wpływające na obraz pisma ręcznego

L. p.	Autor	Czynniki zewnętrzne (mające co do zasady charakter przejściowy)	Czynniki wewnętrzne	
			przejściowe	Stale
1.	Antoni Feluś ⁶⁴⁶	Tzw. powody nienaturalne: wybór miejsca, pozycja pisarska, oświetlenie, temperatura, środek piszący, kryjący, rodzaj podłoża.	Wykształcenie, wykonywany zawód, przejściowe stany organizmu, czynniki psychiczne.	Starzenie się organizmu.
2.	Jerzy Pobocho ⁶⁴⁷		Stres fizyczny i psychiczny, zmęczenie. Czynniki natury chorobowej, związane ze schorzeniami ogólnymi, chorobami i zaburzeniami psychicznymi oraz neurologicznymi. Wpływ leków.	Czynniki fizjologiczne, związane z rozwojem i starzeniem się człowieka. Czynniki natury chorobowej, związane ze schorzeniami ogólnymi, chorobami i zaburzeniami psychicznymi oraz neurologicznymi. Wpływ leków.

⁶⁴⁶ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 48-49.⁶⁴⁷ J. Pobocho: *Problemy patologii pisma*, Z zagadnień kryminalistyki, t. XX, Instytut Ekspertyz Sądowych, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988, s. 117.

3.	Zbigniew Czeczot ⁶⁴⁸	Rodzaj środka pisarskiego, gatunek, format papieru, kąt nachylenia, twardość powierzchni, pozycja przy pisaniu.	Stany emocjonalne, zmęczenie mięśni ramienia, przedramienia, dłoni, palców (spowodowane skaleczeniem, ciężką pracą, skaleczeniem). Zaburzenia w organizmie upośledzające zdolność wykonywania skoordynowanych płynnych ruchów ręki.	Zaburzenia w organizmie upośledzające zdolność wykonywania skoordynowanych płynnych ruchów ręki.
4.	Adolf Klęsk ⁶⁴⁹	Nastrój, treść pisma, materiał, na którym piszemy, szybkość pisania, zmęczenie oczu, mięśni i władz umysłowych, przejściowe bóle mięśni stawów, ból głowy, narkotyki, środki podniecające, warunki pisarskie.		Zmiany stałe, stopniowe, <i>stricte</i> związane w głównej mierze z etapami rozwoju człowieka i stanem jego zdrowia (od pisma niewyrobionego do pisma starczego).
5.	Ewa Pięciorek ⁶⁵⁰	Czynniki egzogeniczne: temperatura otoczenia, rodzaj środka piszącego, podłoże pisarskie, niewygodna pozycja pisarska, posługiwanie się protezą, korzystanie w trakcie czynności pisania z pomocy drugiej osoby (pismo prowadzone).	Urazy fizyczne, różnego rodzaju kontuzje kończyn, odurzenie środkiem narkotycznym i alkoholem, działanie leków i trucizn, wstrząsy psychiczne, choroby osłabiające sprawność psychoruchową aż po ograniczenie świadomości, silne podniety emocjonalne.	Choroby psychiczne, urazy fizyczne, odurzenie środkiem narkotycznym i alkoholem, działanie leków i trucizn, choroby osłabiające sprawność psychoruchową aż po ograniczenie świadomości.

⁶⁴⁸ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 27.

⁶⁴⁹ A. Klęsk: *op. cit.*, s. 28-30.

⁶⁵⁰ E. Pięciorek: *Deformacje pisma ręcznego a zwłaszcza wpływ ciężkiej pracy fizycznej na jego obraz*, [w:] *Zeszyty metodyczne – Deformacje pisma ręcznego* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, nr 5, str. 12.

3. PATOLOGIA PISMA.

Jak już podkreślono wcześniej, pisanie jest czynnością neuropsychiczną niezwykle złożoną, w której, obok czynnika ruchowego i czuciowego, zaangażowany jest czynnik wzrokowy oraz składnik wyższego rzędu, związany z czynnością mowy jako zdolnością rozumienia symboli słownych i zdolnością pisania tychże symboli i układania ich w zdania. Zaburzenia, choroba bądź też osłabienie dotyczące któregośkolwiek z powyższych układów, znajduje swoje odzwierciedlenie w piśmie. Pomimo faktu, iż pismo, szczególnie po osiągnięciu dojrzałości, kreślone jest dzięki automatyzmowi i nawykowi, a tym samym cechuje się względną stabilnością, stan psychiczny i fizyczny powoduje wystąpienie w grafiźmie charakterystycznych zmian. W literaturze pismoznawczej wielokrotnie wskazywano na istnienie związków pomiędzy różnymi stanami psychofizycznymi organizmu człowieka a zmianami w obrazie pisma ręcznego. W ramach przeprowadzonych badań, w oparciu o występujące w obrazie pisma cechy patologiczne, podjęto również próby diagnozowania chorób (zarówno somatycznych, jak i psychicznych). Oczywiście badania takie należy traktować jako jedną z metod diagnostycznych, która sama nie może decydować o postawieniu ostatecznego rozpoznania⁶⁵¹, zaś w piśmie cierpiących na zaburzenia psychiczne nie występują cechy dystynktywne, których wystąpienie w sposób kategoryczny i jednoznaczny pozwoliłyby na postawienie diagnozy - zaburzenia psychicznego powodującego odchylenie od normy⁶⁵². Z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, szczególnego znaczenia nabiera problematyka chorób psychicznych. Główną uwagę zwraca się na przyczynowość zmian w grafiźmie od właściwości i stanu psychofizycznego piszącego⁶⁵³.

⁶⁵¹ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *Wypowiedzi na piśmie jako objawy zaburzeń psychicznych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1959, s. 91; M. Legień, K. Zgryzek: *Zmiany w obrazie pisma ręcznego narkomanów i schizofreników*, Z materiałów II Krakowskiego Sympozjum Kryminalistycznego w Myślenicach, *Problemy Kryminalistyki*, 1977, XXIII, 125, s. 113.

⁶⁵² Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 60.

⁶⁵³ Z. Kegel: *Badania eksperymentalne w zakresie pisma ręcznego oraz ich praktyczne znaczenie*, [w:] *Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1976, s. 96-97.

Na tym etapie rozważań należy przybliżyć pojęcie patologii w piśmie. Przez patologię pisma rozumieć należy zmiany zarówno w samym grafiźmie, jak i w sferze językowej pisma, zachodzące w stosunku do wcześniej ukształtowanego wzorca charakteryzującego pismo danej osoby. Zmiany te najczęściej są rezultatem choroby lub innych zaburzeń występujących w trakcie aktu pisania i zależą mogą np. od stanu psychicznego i fizycznego człowieka, działania na niego różnych czynników fizycznych, itp.⁶⁵⁴. Tak więc skutek działania określonych czynników pismo nabiera cech powodujących wystąpienie w jego obrazie zmian w stosunku do stanu poprzedniego, normalnego.

Zmiany występujące w piśmie ludzi chorych cechują się takim poziomem istotności, iż w literaturze można spotkać się z dychotomicznym podziałem pisma na pismo osób zdrowych i pismo osób chorych z mocno uwypukloną ataksją czy agrafią. W zależności od choroby powodującej zmiany w grafiźmie, pismo patologiczne zostało podzielone na pismo chorych z afazją, pismo chorych z płasawicą, pismo ludzi chorych na drżączkę porażenną, pismo ludzi chorych na psychozy starcze, porażenie postępujące, padaczkę, schizofrenię, psychozy maniakalno-depresyjne oraz pismo oligofreników⁶⁵⁵, przy czym uznać należy, iż nie jest to katalog zamknięty.

Aby odpowiedzieć na pytanie dotyczące skutków, jakie w obrazie pisma powodują czynniki patologiczne, autor niniejszej rozprawy uważa za właściwe przedstawienie najczęściej występujących patologicznych zmian pisma ręcznego, a nie opisywanie wpływu określonych chorób na pismo. Dla poszczególnych chorób deformacje pisma w wielu przypadkach nie są na tyle swoiste i kategoryczne, aby można je uznać za jedynie i zawsze występujące, zaś zmiany w piśmie spowodowane wpływem wielu chorób są wieloznaczne⁶⁵⁶. Niemniej warto opisać dobrze poznane i zbadane przez medycynę powikłania i zaburzenia skutkujące deformacją pisma, lub wręcz uniemożliwiające czynność pisania w ogólności. Zaburzenia neurologiczne pisma są bowiem w głównej mierze wykładnikiem

⁶⁵⁴ J. Pobocha: *Problemy patologii...*, s. 117.

⁶⁵⁵ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 52.

⁶⁵⁶ *Ibidem*, s. 55 i następne.

organicznych uszkodzeń układu nerwowego i przejawiają się upośledzeniem sprawności motorycznej ręki - drżeniem, zaburzeniami w koordynacji, a co za tym idzie dużym zniekształceniem pisanych liter i słów. Nadto powyższe deformacje pisma ręcznego powstają wskutek uszkodzenia złożonych i najwyższych czynności nerwowych zawiadujących czynnościami mowy⁶⁵⁷. Warto przyjrzeć się więc im bliżej.

Afazja⁶⁵⁸ (ostatnio używa się określenia dysfazja, oznaczającego wszelkie zaburzenia normalnych funkcji symbolicznych pacjenta) odnosi się do spowodowanego przez uszkodzenie mózgu upośledzenia odbioru symbolicznych treści językowych, posługiwania się nimi bądź ich ekspresji (nadawania). Zaburzenia afektyczne dzielone są tradycyjnie na dwie kategorie, tj. **afazję ruchową** (Broki, motoryczną) oraz **afazję czuciową** (sensoryczną). **Afazja Broki** powstaje wskutek uszkodzenia tylnej części dolnego zakrętu czołowego, a w zależności od głębokości uszkodzeń przejawiać się może różnie: od całkowitego zniesienia mowy, aż do niewielkiego deficytu sprowadzającego się do trudności chorego ze znalezieniem właściwego słowa. Przy mniej nasilonych trudnościach mowę afatyka charakteryzuje ubogie słownictwo lub wielokrotne powtarzanie tego samego słowa, z długimi przerwami pomiędzy poszczególnymi wyrazami i zwrotami⁶⁵⁹. Chory ma trudności w gramatycznej budowie zdań, co powoduje, iż posługuje się on zdaniami o bardzo prostej budowie, z przewagą czasowników i rzeczowników. Powyższe zjawisko definiowane jest jako brak fluencji mowy (płynności wypowiedzi) lub agramatyzm.

⁶⁵⁷ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 14.

⁶⁵⁸ Należy wyjaśnić, iż w literaturze medycznej nazwę afazja stosuje się w dwóch kontekstach. W pierwszym znaczeniu funkcjonuje ona jako termin opisowy, oznaczający zaburzenie językowe przy dysfunkcjach i uszkodzeniach mózgu. W drugim przypadku termin ten oznaczać ma zaburzenia językowe wynikające z ogniskowych uszkodzeń mózgu, zlokalizowanych przede wszystkim w korze mózgowej, tj. w obszarze mowy w półkuli dominującej dla mowy. Takie rozumienie odpowiada klasycznej definicji sformułowanej przez neurologów w 2 połowie XIX w.; D. Kądziaława: *Zaburzenia językowego po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, [w:] *Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej* (red.) A. Herzyk, D. Kądziaława, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1997, s. 111.

⁶⁵⁹ Najbardziej wyraziste zaburzenia występują wówczas, gdy chorzy przechodzą od jednej artykulacji do drugiej, co zachodzi przy wymawianiu dowolnego słowa czy grupy słów. Starając się wypowiedzieć słowo „mucha”, chory prawidłowo artykułuje spółgłoskę wargową wchodzącą w skład pierwszej sylaby „mu”, ale nie może przejść do spółgłoski tylnojęzykowo-gardłowej „cha”; zamiast słowa „mucha” wymawia więc „mu...m...mu...ma”; A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 210.

Opisane zaburzenia występują również w piśmie ręcznym. Afatyk ma w języku pisanym takie same trudności, jak w ekspresji słownej, co jest konsekwencją zakłócenia płynności przechodzenia od jednego składnika słowa do drugiego i patologicznej perseweracji raz napisanego wyrazu⁶⁶⁰. Z kolei **afazja sensoryczna**, powstająca wskutek uszkodzenia obszaru zlokalizowanego w okolicach pola Wernickiego w półkuli dominującej, dzieli się na **afazję słuchowo-recepcyjną** oraz **wzrokowo-recepcyjną**. Chorzy cierpiący na tą pierwszą odmianę mają trudności ze zrozumieniem tego, co się do nich mówi (następuje utrata możliwości precyzyjnego odróżniania dźwięków mowy), przy zachowanej prawidłowej ostrości słuchu (audiogram). Powszechnie występują u tych pacjentów trudności w ekspresji mowy, przejawiające się błędami w doborze wyrazów i zwrotów (tzw. parafazje⁶⁶¹), perseweracjami, czasami neologizmami. W przeciwieństwie do chorych z afazją czuciową, pacjenci mówią płynnie, bez widocznego wahania, przy czym ich mowa bywa jednak często niezrozumiała. Chorzy z uwagi na problemy ze zrozumieniem mowy słyszanej, nie są w stanie kontrolować własnej ekspresji werbalnej. Chaotyczne mieszanie wyrazów i parafazje werbalne mogą skutkować bardzo głębokim zaburzeniem mowy, zwanym żargonafazją⁶⁶². Z kolei charakterystyczną cechą **afazji wzrokowo-recepcyjnej** jest upośledzenie rozumienia języka pisanego i niezdolność do rozpoznawania słów, definiowane jako aleksja (ślepotą słów, aleksja

⁶⁶⁰ K. Walsh: *op. cit.*, s. 117; A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 211.

⁶⁶¹ Parafazja polega na zamianie potrzebnego słowa na uboczne, zbliżone do niego pod względem znaczeniowym, morfologicznym lub fonetycznym, co wiąże się prawdopodobnie z neurodynamicznymi zaburzeniami w funkcjonowaniu patologicznie zmienionej kory ciemieniowo-potylicznej (lub ciemieniowo-potyliczno-skroniowej); A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 190.

⁶⁶² Warto dodać, iż chorzy na afazję sensoryczną prawidłowo odbierają dźwięki przedmiotowe (stuk naczyń, brzęk szkła), a istotne zaburzenia występują jedynie przy różnicowaniu mowy. W przypadku rozległych uszkodzeń lewego płata skroniowego, wszystkie dźwięki mowy są odbierane jako nieartykułowane szmery. W przypadku uszkodzeń organicznych defekt jest mniejszy, tzn. chorzy nie mogą rozróżniać zbliżonych fonemów, różniących się tylko jedną cechą (np. dźwięcznością: „d”-„t”, „b”-„p”, „z”-„s”), ale prawidłowo odbierają właściwości mowy związane z barwą dźwięków i intonacją. Jest rzeczą niezwykle interesującą, iż opisane zaburzenia słuchu fonematycznego, zgodnie z zasadą narastającej lateralizacji, występują u osób praworęcznych tylko przy uszkodzeniach lewej okolicy skroniowej i absolutnie nie przejawiają się przy uszkodzeniach płatów skroniowych prawej półkuli. Dlatego też uszkodzenia płatów skroniowych po stronie prawej, nie mających powiązań z systemem mowy, przebiegają bezobjawowo bądź wywołują zaburzenia w odbiorze złożonych, rytmicznych kombinacji dźwięków lub złożonych melodii, co znajduje swój wyraz w zaburzeniach słuchu muzycznego, które otrzymały nazwę „amuzji sensorycznej”; A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 170-171.

kształtu słów). Chorzy mogą co prawda rozpoznawać poszczególne litery, nie są jednak w stanie spostrzegać słów jako znaczących całości. Osoba z tym zaburzeniem, w odróżnieniu od pacjenta afatycznego, potrafi pisać zarówno od siebie, jak i pod dyktando. Wzrokowe podłoże tych trudności przejawia się w momencie, gdy chory nie jest w stanie przepisać drukowanego tekstu oraz nie potrafi z leżącej przed nim kartki przeczytać zdania, które badający przed chwilą mu przeczytał na głos. W niektórych przypadkach pacjenci mają zniesioną zdolność czytania liter i słów, przy zachowanej zdolności czytania liczb⁶⁶³.

Apraksja to powstała najczęściej wskutek uszkodzenia lewej półkuli mózgu niezdolność wykonywania celowych, wyuczonych czynności ruchowych, mimo braku porażenia i innych uszkodzeń aparatu czuciowego i ruchowego; schorzenie to często występuje z afazją. Wyróżnia się **apraksję motoryczną** (ruchową), **ideomotoryczną** (ideokinetyczną) i **ideacyjną** (wyobrażeniową). **Apraksja ruchowa** spowodowana jest utratą kinestatycznych wzorców pamięciowych, niezbędnych do wykonywania wyuczonych czynności ruchowych zazwyczaj jednej kończyny górnej, co powoduje przykładowo niemożność zapięcia guzika, otwierania agrafki, umieszczenia listu w kopercie. Powstaje najczęściej wskutek uszkodzenia zakrętu przyśrodkowego w półkuli przeciwległej do połowy ciała dotkniętej schorzeniem. **Apraksja ideomotoryczna** stanowi najczęstszą postać apraksji ruchowej, przy występowaniu której chory ma trudności z wykonaniem obydwoma rękoma ruchów na polecenie słowne i nie jest w stanie naśladować demonstrowanych mu czynności ruchowych. Powstaje wskutek uszkodzenia tylnej części lewej lub dominującej półkuli mózgu. **Apraksja ideacyjna** przejawia się w trudności pacjenta z wykonywaniem sekwencji ruchowych składających się na złożoną czynność ruchową oraz z trudnościami w prawidłowym posługiwaniu się przedmiotami. Powstaje wskutek uszkodzenia w obrębie płata ciemieniowego półkuli dominującej⁶⁶⁴.

⁶⁶³ K. Walsh: *op. cit.*, s. 117-119.

⁶⁶⁴ K. Walsh: *op. cit.*, s. 125 - 128.

Warto w tym miejscu jeszcze wspomnieć o rzadko omawianej w literaturze przedmiotu **afazji semantycznej** i **afazji aferentnej**. W tzw. **afazji semantycznej** uszkodzenia dotyczą konstrukcji składniowej, wyrażającej abstrakcyjne relacje logiczne. Na komunikowanie tych relacji duży wpływ ma kolejność wyrazów, wprowadzenie terminów określających relacje przestrzenne lub czasowe oraz bardziej złożone konstrukcje składniowe. Identyczne słowa w różnym szyku nabierają diametralnie innego znaczenia w zależności od budowy całości („droga przez most” a „most przez drogę”). Tego typu zmiana sensu w zależności od budowy zdania, może sprawiać trudności osobom z afazją semantyczną, której istotną część stanowią zaburzenia w konstrukcji logiczno-gramatycznych zdań⁶⁶⁵. Z kolei Łuria wyróżnił **apraksję aferentną** (zwaną również akrokinetyczną bądź apraksją pozy), powstającą wskutek uszkodzenia wtórnych części kinestatycznej kory zaśrodkowej. Ręka chorego przekształca się w tzw. rękę-łopatę. Podkreślić należy, iż jeśli uszkodzenie wtórnych (kinestatycznych) części kory zaśrodkowej w dominującej półkuli rozprzestrzeni się na okolice wtórnej organizacji kinestezji twarzy, warg i języka, to apraksja ta może przejawiać się w zaburzeniach artykulacyjnych. W przypadku głębokich zaburzeń, schorzenie to powoduje niemożność znalezienia określonych ułożeń warg i języka; w lżejszych formach choroby mylą zbliżone artykulemy („d”-„ł”, „b” lub „p”-„m”). Wtórny objaw tego defektu wyraża się w swoistych zaburzeniach pisma ręcznego, polegających na wspomnianym wyżej myleniu zbliżonych artykulemów, przy czym zamiana dźwięków zbliżonych pod względem miejsca artykulacji odróżnia ich od chorych z uszkodzeniem lewej okolicy skroniowej, których pismo charakteryzuje się myleniem zbliżonych fonemów⁶⁶⁶.

Agrafia (*agraphia*, *dysgraphia*) to zaburzenie bądź utrata zdolności pisania wyrazów lub liter, które stanowi najczęściej odbicie w mowie pisanej afatycznych zaburzeń mowy; niezwykle rzadko występuje bez afazji⁶⁶⁷. Jest to więc upośledzenie

⁶⁶⁵ K. Walsh: *op. cit.*, s. 267-268; H. I. Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock: *op. cit.*, s. 17.

⁶⁶⁶ A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 200-202.

⁶⁶⁷ *Leksykon psychiatrii*, s. 16; W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 14.; A. Klęsk: *op. cit.*, s. 52.

zdolności pisanie w następstwie uszkodzenia określonych okolic kory mózgowej⁶⁶⁸, które zmienia obraz pisma ręcznego w różnym stopniu, aż do braku możliwości jego identyfikacji, przy jednoczesnym niewystępowaniu objawów rozstroju koordynacji innych ruchów ręki. Z uwagi na ściśle powiązanie z zaburzeniami afatycznymi, wiąże się z brakiem rozumienia znaczenia słów lub kreślenia liter oraz łączenia ich w wyrazy i zdania. Wpływ agrafii na wypowiedzi słowne przejawia się w opuszczaniu liter w wyrazach, ich zamianie lub powtórzeniu⁶⁶⁹.

Jak wcześniej zaznaczono, celem zwięzłego przedstawienia patologicznych cech pojawiających się w piśmie ręcznym, będących skutkiem czynników wewnętrznych wpływających na grafizm piszących, poniżej podana zostanie charakterystyka najczęściej występujących i najlepiej udokumentowanych dewiacji pisma.

▪ **Pismo niezborne (ataksja).**

Ataksja przejawia się niezbornością ruchów, nierytmicznym zbaczaniem od planowanej drogi ruchowej, niemożnością sprawnego i dokładnego wykonywania ruchów, w tym ruchów związanych z wykonywaniem czynności pisanie⁶⁷⁰. Niemożność wykonywania ruchów ramienia i ręki pod kontrolą wzroku to z kolei tzw. ataksja optyczna⁶⁷¹. Pismo niezborne cechuje się jednorazowymi, nagłymi wykolejeniami z wytyczonej przez kształt danej litery trasy, nierównomiernym kreśleniem liter (jedne są zbyt wielkie, drugie za małe), brakiem kierunku normalnego położenia i ułożenia liter (jedne wchodzą na drugie bądź leżą powyżej lub poniżej linii wiersza), kreski i owale kreślone są krzywo zniekształcając daną literę (bądź też kreślone są kreski zbędne), słowa krzyżują się, zaś pismo jest nieczytelne. Najczęściej spotykane w chorobach mózgu i szypułkowej części rdzenia, w chorobach mózdzku, przy zatruciach alkoholem, przy silnym zmęczeniu kończyny i skurczu pisarskim, przy chorobach mięśni, stawów i nerwów, przy kile

⁶⁶⁸ R. Soszalski: *op. cit.*, s. 583.

⁶⁶⁹ Z. Czeczot: *op. cit.*, s. 63.

⁶⁷⁰ R. Soszalski: *op. cit.*, s. 583.

⁶⁷¹ K. Walsh: *op. cit.*, s. 332.

mózgu i paraliżu, stwardnieniu rozsianym ze zmianami psychicznymi⁶⁷², odmrożeniach, artretyzmie i podeszłym wieku piszącego⁶⁷³.

▪ **Paragrafia.**

Uwidacznia się w wadliwym pisaniu oraz przekręceniu (zamianie) liter i słów. Polega na tym, że chory nie mogąc przypomnieć sobie niektórych znaków, w ich miejsce umieszcza kreskę, zostawia puste miejsce bądź umieszcza nieodpowiedni znak. Jeżeli takich braków bądź zmian jest dużo, pismo staje się nieczytelne⁶⁷⁴. Jest to szczególna forma agrafii, występująca w przypadkach opisanej wcześniej afazji ruchowej⁶⁷⁵.

▪ **Hiperkinezja.**

Przez określenie to rozumieć należy ruchy mimowolne o charakterze dynamicznym (utrzymującym się w czasie wykonywania zamierzonych czynności, w tym czynności pisania) bądź statycznym (spoczynkowe, widoczne nawet po zatrzymaniu środka pisarskiego). Ruchy mimowolne mogą przybrać postać:

- a) **ruchów płasawiczych** (charakterystycznych dla chorych na płasawicę), wzmagających się w stanie pobudzenia emocjonalnego, co w grafiźmie znajduje przełożenie w groteskowych formach liter, sylab i wyrazów;
- b) **ruchów robaczkowych**, związanych ze zmiennym i dziwacznym układem palców, co uwidacznia się w piśmie w cyklicznie powtarzającej się formie;
- c) **ruchów balicznych** - ruchów gwałtownych, obszernych i szybkich;
- d) **mioklonów** - ruchów mimowolnych, spontanicznych, związanych z okresowymi skurczami mięśniowymi, co koresponduje z cyklicznością formy uwidaczniającej się w piśmie⁶⁷⁶;

⁶⁷² A. Kłesk: *op. cit.*, s. 57; W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 36-37.

⁶⁷³ H. J. Jacoby: *Analysis of handwriting*, George Allen & Unwin Ltd, London 1952, s. 53.

⁶⁷⁴ A. Kłesk: *op. cit.*, s. 61.

⁶⁷⁵ Z. Czeczot: *op. cit.*, s. 64.

⁶⁷⁶ S. Skubisz: *op. cit.*, s. 72; M. A. Wasilewska: *Znaczenie patologicznych zmian pisma ręcznego oraz cech językowo-treściowych, widocznych w wypowiedziach pisemnych*, [w:] *Jurisprudencija, Teismo Ekspertizės Teorija Ir Praktika*, Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius 2005, t. 66 (58), s. 52-53. Czasami piszącemu choremu udaje się oderwać środek pisarski od podłoża, a w rezultacie nie występuje na tym ostatnim ślad czy linia, będąca rezultatem skurczu. Często jednak nie jest on w stanie uniknąć powstawania linii i zniekształceń pisma; R. M. A. Suchenwirth: *op. cit.*, s. 129.

e) drżaczki (tremoru), należącej do najczęściej występujących patologicznych zmian pisma, a która jest nierozmyślnym odchyleniem od zamierzonej linii pisma, rytmicznym powtarzającym się wychyleniem kończyny w jednej lub kilku płaszczyznach⁶⁷⁷, drżeniem ręki uniemożliwiającym zachowanie płynności pisma⁶⁷⁸. Może być ona wynikiem między innymi występowania choroby wpływającej na mięśnie, które biorą udział w pisaniu⁶⁷⁹. Występuje w psychozie maniakalno-depresyjnej, demencji, epilepsji, schizofrenii, chorobie Parkinsona, nowotworach mózgu⁶⁸⁰. Jest charakterystyczna dla pisma starczego⁶⁸¹ (tzw. tremor starczy), występuje również przy intoksykacji alkoholem (tremor alkoholowy, w szczególności nasilający się w stadium tzw. głodu - abstynencji), u palaczy tytoniu (w miarę silniejszego palenia zwiększa się drżenie ręki), drżaczce porażennej, płasawicy, porażeniu połowicznym⁶⁸² i udarze mózgu⁶⁸³. Sygnalizowana jest także obecność tremoru w linii graficznej rękopisów pochodzących od osób z niedorozwojem umysłowym (w szczególności w stopniu umiarkowanym i znacznym)⁶⁸⁴ oraz od osób cierpiących na choroby serca i choroby reumatyczne⁶⁸⁵, jak również w piśmie narkomanów (w okresie głodu narkotycznego)⁶⁸⁶. Drżenie może mieć też

⁶⁷⁷ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 35.

⁶⁷⁸ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 66.

⁶⁷⁹ D. K. S. Puri: *Tremors: Forged or Genuine*, „International Criminal Police Review” 1974, Nr 282, s. 41.

⁶⁸⁰ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 86; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 19. Dla parkinsonizmu znamieny jest tremor horyzontalny (poziomy), charakteryzujący się drobnym, regularnym drżeniem prostopadłym do kierunku pisanych znaków. Przeciwnieństwem tremoru poziomego jest tremor wertykalny, który cechuje się występowaniem drżenia równoległego do osi elementów nad- i podlinijnych litery, a występujący w późnym stadium alkoholizmu, tuż przed stanem *delirium tremens* oraz przy zatruciach ołowiem, kokainą i morfiną. W pozostałych przypadkach tremor jest zazwyczaj mieszany, tj. nieregularny i wielokierunkowy; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 18.

⁶⁸¹ D. K. S. Puri: *op. cit.*, s. 42.

⁶⁸² A. Kłęsk: *op. cit.*, s. 58.

⁶⁸³ L. Wojciechowski: *Zmiany w piśmie osób po przebytych udarze mózgu*, [w:] *Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Czynniki wpływające na obraz pisma* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 2001, Nr 12, s. 109-121.

⁶⁸⁴ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 51; M. Całkiewicz: *Zmiany w piśmie ręcznym osób upośledzonych umysłowo*, [w:] *Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma*, Wrocław 1986, s. 34; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15.

⁶⁸⁵ E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 19.

⁶⁸⁶ M. Legień, J. Pobocha: *Kryminalistyczna ocena wpływu neuroleptyków na obraz pisma ręcznego schizofreników*, Arch. Med. i Krym., t. XXIX, 1979, Nr 3, s. 115-116.

pochodzenie toksyczne, związane z używaniem środków farmaceutycznych (zwłaszcza psychotropowych), jak i przewlekłymi zatruciami metalami ciężkimi (ołów, rtęć, mangan) oraz przy odmrożeniach i artretyzmie⁶⁸⁷.

▪ Zaburzenia wielkości pisma.

Znaki graficzne są albo wyraźnie powiększone, albo zmniejszone, nierzadko obserwuje się ich zróżnicowanie i niestabilizowanie, które może dotyczyć nie tylko poszczególnych liter, ale także wyrazów czy czasami zdań⁶⁸⁸. Zaburzenia wielkości pisma spotyka się w psychozie maniakalno-depresyjnej, płasawicy, demencji, nowotworach mózgu, epilepsji, amnezji, wylewach krwi⁶⁸⁹, w piśmie leworęcznym, piśmie starczym⁶⁹⁰ i psychozach organicznych⁶⁹¹. Brak jednolitości wysokości zarówno liter śródliniowych jak i liter z elementami nadlinijnymi i podlinijnymi, jest również typową oznaką dysgrafii⁶⁹².

▪ Retusz.

W przypadku osób chorych rodzi się z naturalnego odruchu graficznego i służy do zwiększenia czytelności lub wykończenia litery⁶⁹³. Częste występowanie w rękopisie retuszy oraz wznawianie rozpoczęcia pisania to cechy charakterystyczne pisma cierpiących na schizofrenię, płasawicę, parkinsonizm, stwardnienie rozsiane i epilepsję⁶⁹⁴ oraz upośledzenie umysłowe⁶⁹⁵ i amnezję⁶⁹⁶.

▪ Mała czytelność.

Jest to deformacja pisma polegająca na jego zniekształceniu do tego stopnia, iż identyfikacja znaku graficznego z odpowiadającym mu znakiem fonicznym języka

⁶⁸⁷ M. A. Wasilewska: *op. cit.*, s. 53; H. J. Jacoby: *op. cit.*, s. 53.

⁶⁸⁸ H. Kwieciński: *Grafologia sądowa (zasady ekspertyzy dokumentów i analizy pisma)*, Instytut Wydawniczy >>Biblioteka Polska<<, Warszawa 1936, s. 109.

⁶⁸⁹ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 17.

⁶⁹⁰ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 87-88.

⁶⁹¹ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 37.

⁶⁹² P. Rypiński: *Dysgrafia - możliwości identyfikacji*, [w:] *Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Kształtowanie się cech osobniczych* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, Nr 3, s. 108; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 124.

⁶⁹³ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 65.

⁶⁹⁴ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24.

⁶⁹⁵ M. Całkiewicz: *Zmiany w piśmie ręcznym...*, s. 33, 180.

⁶⁹⁶ E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 17.

jest utrudniona lub niemożliwa. W zależności od gradacji tej deformacji, można mówić o piśmie czytelnym, niewyraźnym, nieczytelnym⁶⁹⁷. Pismo nieczytelne często może występować u osób chorych na schizofrenię, płasawicę, parkinsonizm⁶⁹⁸, porażenie postępujące⁶⁹⁹, stwardnienie rozsiane⁷⁰⁰, u osób starszych oraz dysgrafików⁷⁰¹.

▪ **Nieregularność linii wiersza lub wyrazu.**

Patologia linii wiersza (wyrazu), przejawiająca się brakiem stabilności linii podstawowej, co powoduje, iż jest ona wznosząca bądź opadająca oraz ma kształt nieregularny. Linie załamują się, mogą przybierać kształt łuku, fali, zygzaku⁷⁰². Deformacja ta występuje w manii, epilepsji. Opadająca i wznosząca linia wiersza jest charakterystyczna dla psychozy maniakalno-depresyjnej oraz odurzonych alkoholem i gazem świetlnym; falista jest właściwa dla pisma schizofreników, chorych na stwardnienie rozsiane i płasawicę⁷⁰³. Jest obserwowana w piśmie dysgrafików⁷⁰⁴, piśmie starczym, piśmie leworęcznym oraz przy upośledzeniu umysłowym i wylewach krwi⁷⁰⁵.

▪ **Zaburzenia w nachyleniu liter lub wyrazów.**

Przejawiają się brakiem ustabilizowanego nachylenia liter (wyrazów) w pisanym tekście, co manifestuje się zakłóceniami kąta nachylenia osi liter (wyrazów) względem liniamentu i zmiennym nachyleniem prawoskośnym, lewoskośnym, prostopadłym lub wachlarzowatym, występującym w tekście. Powstaje pod wpływem chorób, najczęściej tych, które wywołują drżenie i rwanie się linii pisma⁷⁰⁶. Tego typu deformacje obserwowane są w psychozie maniakalno-depresyjnej,

⁶⁹⁷ H. Kwieciński: *op. cit.*, s. 115.

⁶⁹⁸ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24; S. Skubisz: *op. cit.*, s. 256.

⁶⁹⁹ H. Kwieciński: *op. cit.*, s. 115.

⁷⁰⁰ S. Skubisz: *op. cit.*, s. 344.

⁷⁰¹ P. Rypiński: *op. cit.*, s. 109; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 14.

⁷⁰² A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 75.

⁷⁰³ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23.

⁷⁰⁴ P. Rypiński: *op. cit.*, s. 109; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 125.

⁷⁰⁵ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 87, 182; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 18.

⁷⁰⁶ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 70.

schizofrenii, epilepsji, płasawicy⁷⁰⁷, dysgrafii⁷⁰⁸, piśmie leworęcznym⁷⁰⁹ i starym oraz arteriosklerozie⁷¹⁰.

▪ **Zakłócenia w odstępach między wierszami oraz między wyrazami.**

Odstępy między wierszami mogą być duże, średnie, małe i niestabilizowane. Zakłócenia przejawiać się mogą w nadmiernych odległościach lub całkowitych zbliżeniach, jak również w nieumiejętności i zmienności w zachowaniu odstępów międzywyrazowych oraz ich dużej dysproporcji w rękopisie. Niekiedy zaobserwować można wręcz wyraźne łączenie wyrazów w całość bez zachowania jakiegokolwiek przerwy pomiędzy nimi. Występowanie tego zakłócenia jest obserwowane w piśmie dysgrafików, osób upośledzonych⁷¹¹, piśmie starym i piśmie narkomanów⁷¹².

▪ **Zakłócenia naciskowości (cieniowanie).**

W piśmie kreślonym przez ludzi zdrowych rozróżnia się naciskowość wstępującą, zstępującą, górną, dolną i mieszaną⁷¹³. Co do zasady zakłóceniu ulega siła nacisku, przy czym obserwowane są również zmiany dotyczące jakości; mówimy wówczas o nacisku paradoksalnym⁷¹⁴. Zaburzenia w cieniowaniu są typowe dla epilepsji, płasawicy, schorzeń reumatycznych⁷¹⁵, choroby Parkinsona, Alzheimerera, stwardnienia rozsianego⁷¹⁶, upośledzenia umysłowego⁷¹⁷, pisma starczego, wylewów krwi, pisma narkomanów i alkoholików⁷¹⁸.

⁷⁰⁷ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24.

⁷⁰⁸ P. Rypiński: *op. cit.*, s. 111; M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 142.

⁷⁰⁹ A. Safianowski: *Z problematyki badań pisma leworęcznego*, *Problemy Kryminalistyki* 1984, Nr 164, s. 207.

⁷¹⁰ E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 17.

⁷¹¹ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 125-126, 184.

⁷¹² E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 14, 19.

⁷¹³ W. Wójcik: *op. cit.*, s. 4.

⁷¹⁴ A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 63.

⁷¹⁵ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24.

⁷¹⁶ S. Skubisz: *op. cit.*, s. 256, 166, 344.

⁷¹⁷ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 187.

⁷¹⁸ E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 14, 18, 19, 21.

▪ **Pomijanie elementów graficznych.**

Sprowadza się do pomijania elementów graficznych liter, np. znaków diakrytycznych (zarówno nadliteryjnych, jak i ogonków), gramm, poprzeczek, które nie wynika jednak z niedbalstwa czy też pośpiechu piszącego. Zaburzenia tego rodzaju obserwowane są w piśmie dysgrafików⁷¹⁹, chorych na Alzheimera⁷²⁰, upośledzeniu umysłowym⁷²¹, jak również w piśmie starczym i arteriosklerozie⁷²².

4. PISMO SCHIZOFRENIKÓW.

W analizie patologicznych zmian w piśmie ręcznym należy wyróżnić dwa aspekty zaburzeń, tj. wcześniej opisany aspekt zaburzeń neurologicznych, będący wykładnikiem w głównej mierze organicznych uszkodzeń układu nerwowego, czego efektem są zniekształcenia kreślonych znaków graficznych, jak również aspekt zaburzeń psychiatrycznych. W zaburzeniach pisma aspektu psychiatrycznego odzwierciedlają się patologiczne zmiany psychiczne osobowości ludzkiej, które dotyczą zarówno życia intelektualnego, jak i uczuciowo-popędowego. Do zmian tych należą zaburzenia w wydawaniu sądów i wniosków z objawami zaniżonego krytycyzmu. Wśród nich główną rolę odgrywają urojenia bądź nastawienia urojeniowe⁷²³.

W tym miejscu warto przybliżyć tematykę zmian w piśmie osób chorych na schizofrenię poprzez przedstawienie przeglądu literatury. Oczywiście tego, że pismo osób cierpiących na schizofrenię różni się od pisma osób zdrowych, w literaturze przedmiotu jest bezsporna⁷²⁴.

⁷¹⁹ *Ibidem*, s. 131.

⁷²⁰ S. Skubisz: *op. cit.*, s. 166.

⁷²¹ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 198.

⁷²² E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 14, 17.

⁷²³ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 14-15.

⁷²⁴ Piśmiennictwo polskojęzyczne jest w tym względem ubogie. Pojawiają się doniesienia na temat cech pisma schizofreników, niemniej brak jest obszerniejszego, kompleksowego opracowania w tym przedmiocie. Również literatura obcojęzyczna nie jest zbyt bogata i ogranicza się w głównej mierze do omówienia pojedynczych przypadków rękopisów nakreślonych przez schizofreników.

M. Legień i **K. Zgryzek**, opierając się na empirycznych badaniach pisma ręcznego 143 schizofreników cierpiących na schizofrenię prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną, dokonali interesujących ustaleń co do grafizmu, zaliczając do jego znamion:

- tempo kreślenia - wykazuje tendencję do obniżenia;
- czytelność pisma - w przypadku zwiększenia tempa kreślenia, zaobserwowano zmniejszenie czytelności;
- odległości pomiędzy wierszami i poszczególnymi wyrazami - ulegają zwiększeniu;
- linia marginesu - przejawia chaotyczność;
- brak akapitów i przeniesień, co powoduje ścieśnianie wyrazów w celu zakończenia słowa w tej samej linii;
- linia podstawowa - przybiera kształt falisty, jak również przejawia tendencję do opadania;
- skłonność do pisania w sposób wachlarzowaty;
- wielkość liter - ulega zwiększeniu;
- impuls pisma - przechodzenie z wyższej formy w niższą (z wyrazowego w sylabowy, z sylabowego na literowy bądź grammowy), przy czym za dominujący uznać należy impuls mieszany;
- tremor;
- wyraźne zniekształcenia liter, w tym pomijanie niektórych gramm i znaków diakrytycznych, opuszczanie i przemieszczanie liter.

W sferze językowej napotymano na obecność halucynacji i omamów (często w formie stosunkowo spójnego układu), zubożenie języka wypowiedzi, liczne perseweracje, błędy stylistyczne i ortograficzne. Co ważne, najgłębsze dewiacje obserwowane są w schizofrenii paranoidalnej⁷²⁵.

Z kolei **T. Stein-Lewinson** w piśmie chorych na schizofrenię szczególną uwagę zwracała na zaburzenia rytmu kreślenia. Rytm odzwierciedlać ma

⁷²⁵ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113 - 118; K. Zgryzek: *Wpływ schizofrenii na obraz pisma ręcznego (rozprawa doktorska)*. Maszynopis w zbiorach Biblioteki Głównej PAM w Szczecinie, 1978 r., s. 91-96.

naturalność i równowagę organizmu. Osoby z zaburzeniami schizofrenicznymi cechować ma zachwianie dynamiki grafizmu, w tym zaburzony rytm (nieregularny lub sztywny), brak równowagi między kontrolą a rozluźnieniem, stereotypowy lub niekontrolowany układ pisma oraz ekstremalnie wolne bądź też ekstremalnie szybkie tempo kreślenia. Grafizm schizofrenika zdradzać ma zaburzenia sfery emocjonalnej, obrazu samego siebie i interakcji ze środowiskiem. Zablockowanie sfery emocjonalnej powodować ma w konsekwencji rozbitcie psychiki, a co za tym idzie, wpływać ma na sferę intelektualną i sferę niższych potrzeb. Ustalenia Stein-Lewinson znajdują potwierdzenia w badaniach C. Bastina, C. Vaniniego i T. Widły. Do cech pisma, tworzących tzw. „graficzny syndrom schizofrenii” zaliczyła ona:

▪ **Szerokość:**

- sztywność w zakresie wielkości (szczególnie dotyczy to strefy śródlinijnej);
- silna tendencja ku lewej stronie kartki (lewoskrętność);
- wąskie pismo;
- wąskie litery (lub średnia szerokość), wyeksponowane adiustacje początkowe;
- silnie kątowa tendencja w strefie śródlinijnej;
- nachylenie prawoskośne, prostopadłe lub nieregularne.

▪ **Uformowanie linii (cechy formy):**

- dwojaki formy liter - tuż obok siebie infantylne i osobliwe, okrągłe i kątowe, grube i wąskie;
- typ wiązań - kątowe, sztywne, według modelu pisma szkolnego, bądź też brak wiązań; obserwowane są także przeciwstawne sobie wiązania arkadowo-girlandowe w nieczytelnych wyrazach;
- sposób kreślenia:
 - ✓ układ horyzontalny: zatrzymania, zaburzenia;
 - ✓ rodzaj ruchu: niedynamiczny (słaby lub zablockowany), sztywny (nieelastyczny lub napięty);
 - ✓ ekspresja: pusta, mechaniczna i bez wyrazu.

▪ **Wysokość:**

- wielkość - mała do średniej;
- duże różnice pomiędzy długimi i krótkimi literami;
- podkreślenie sfery podlinijnej - tak w zakresie długości, jak i grubości;
- kierunek linii - tendencja do linii prostych (horyzontalnych), niemniej kierunek dość zmienny.

▪ **Ostrość (głębia):**

- nacisk - niezbyt silny, często nierównomierny;
- impuls - nierytmiczny, często silnie połączone ze sobą zarówno litery jak i wyrazy (impuls wierszowy); innym zaś razem brak jakichkolwiek połączeń (impuls literowy, grammatyczny)⁷²⁶.

Do najczęściej spotykanych tzw. „graficznych fenomenów patologicznych”, typowych dla stanów zakłóceń świadomości, **R. Suchenwirth** zaliczył⁷²⁷:

- dysharmonię grafizmu, ekstrawagancję i udziwnianie, anormalność;
- brak dynamiki, rytmu podstawowego;
- brak zdolności odwzorowania, naśladowania, skopiowania;
- pogrubianie i retusze;
- rozpad pisma;
- defekty w budowie i konstrukcji.

U. Sonnemann traktujący analizę pisma jako narzędzie psychodiagnostyczne, zwrócił uwagę w swoich badaniach na zaburzenia schizofreniczne. W piśmie ręcznym osób ze schizoidalnymi zaburzeniami osobowości pismo wyraża pustkę, chłód, nudną sztywność duktu (rytmu), występujące zazwyczaj

⁷²⁶ T. Stein-Lewinson: *Dynamic disturbances in the handwriting of psychotics*, World Congress of Graphology, London 1995, 13-14 October, cyt. za: J. Marcinkowski: *Wpływ schizofrenii paranoidalnej na obraz pisma*, [w:] *Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Czynniki wpływające na obraz pisma* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 2001, Nr 12, s. 73-74; B. Gawda: *Stein-Lewinson ujęcie diagnozy schizofrenii na bazie pisma*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I* (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław 2002, s. 405-407.

⁷²⁷ R. Suchenwirth: *Abbau der graphischen Leistung*, IG. Thieme Verlag, Stuttgart 1967, cyt. za: J. Marcinkowski: *op. cit.*, s. 73.

z poszarpaniem, znacznym zwiększeniem występującym po lewej stronie, zaburzeniami nacisku i proporcji oraz charakterystycznym wiązaniem arkadowym. W odniesieniu do rękopisów osób chorych na schizofrenię prostą, charakteryzować się one mają sztywnością duktu, znacznym zagęszczeniem pisma („ciasnotą”), przemieszczeniem dolnych końcówek liter w lewo, brakiem zaokrąglonych łuków, kanciastością. Pismo jest „zwiotczone”, obserwowane jest zarówno kreślenie liter zgodnie ze szkolnymi wzorcami kaligraficznymi, jak i uproszczenie kreślonych kształtów. Uwidacznia się tendencja do kanciastości występującej po lewej stronie poszczególnych znaków, zaś górne elementy przejawiają tendencje do zmniejszania wysokości, z możliwością ich nagłego zwiększenia na końcu wyrazów. Pismo ręczne hebefreników przejawia skłonność do dużej nieregularności, którego ogólny obraz przypomina kolce i ciernie. Jest to wynikiem nieprawidłowości w fazie skurczu-rozluźnienia; w trakcie pisania, w momencie, kiedy kończyna powinna normalnie wejść w stan rozluźnienia, hebefrenicy dokonują napięcia mięśni. Kierunki liter są zupełnie przypadkowe, w piśmie występują różnego rodzaju manieryzmy, upiększanie, nacisk pisma cechuje się całkowitą dowolnością, proporcje są zakłócone, niemniej niektóre słowa są kreślone z mechaniczną regularnością (np. „śmierć”). Pismo przybiera charakterystyczny obraz „włochowatości”, jest przesyczone mnogością małych cierni lub kolców, co jest znamienne dla hebefrenii. W schizofrenii paranoidalnej Sonnemann zaobserwował zwiększenie wysokości strefy środkowej pisma, powiększenie liter (w szczególności na końcach wyrazów) zagęszczenie pisma („ciasnota”), ekstremalnie usztywniony dukt. Kreślone krzywizny (łuki) długich elementów przejawiać mają lewostronne wygięcie w górę na kształt żagla, nabrzmiałego wskutek wiejącego wiatru. Dla większości schizofreników paranoidalnych znamieny ma być dukt nitkowy i ostry (szpiczasty). Pismo katatoników ma cechować bardzo sztywny dukt (ale mniej ostry niż w paranoidzie), duży nacisk, powolność kreślenia, jak również tremor. Wysokość środkowej strefy pisma i ogólny rozmiar pisma ulegać ma raptownym zmianom, czasami występującym w obszarze słowa. W fazie nadchodzącego stuporu, pismo jest ściśle i skurczone, czasami zwiększa się dystans pomiędzy słowami w dowolnie wybranym przez piszącego miejscu, szczególnie w dolnej połowie kartki. W fazie

podniecenia ruchowego, katatonik kreśli w płaszczyźnie poziomej zamasyżcie powiększone litery, zaś w fazie normalnego rozluźnienia ręki następuje raptowne powiększenie nacisku⁷²⁸.

M. Bruck dokonując przy pomocy metody grafometrycznej analizy pisma ręcznego 25 chorych psychicznie, w tym 15 chorych na różne formy schizofrenii, doszedł do przekonania, iż w porównaniu z kontrolną grupą ludzi nie zdradzających uchwytnych zmian psychicznych, pismo chorych charakteryzowało się znamiennymi statystycznie różnicami w proporcjach złotego podziału („golden section”), występującymi pomiędzy całkowitą długością wyrazów mierzoną w środkowej strefie pisma a całkowitą długością części niezapisanych, takimi jak marginesy i przerwy międzywyrazowe⁷²⁹.

F. Witkowski utrzymywała, iż pismo ręczne schizofreników charakteryzuje nierytmiczność i brak harmonii. Brak rytmu odzwierciedla schizofreniczną indywidualność, wyalienowanie, „pustkę narcystyczną”, odseparowanie od świata i innych, od rytmu życia. Według Witkowskiej, nie ma schizofrenii bez anomalii rytmu w rękopisach. Nachylenie pisma jest niejednolite, ruchy ręki piszącej są chaotyczne, zaś linia podstawowa wiersza podnosi się, opada lub staje się falista, co ma być rezultatem poczucia odrzucenia, niezrozumienia, braku homeostazy emocjonalnej i wyobcowania. Pismo jest monotonne (co odzwierciedla bezwładność i brak witalności, skostnienie, chłód uczuciowy), liczba odmian literowych jest obniżona, naciskowość jest słaba, łamana, cienka i bardzo zróżnicowana⁷³⁰.

Nie sposób oczywiście ominąć patologii pisma ręcznego osób cierpiących na schizofrenię obserwowanych przez **W. Chłopickiego** i **J. S. Olbrychta** w jedynej do tej pory polskiej monografii poświęconej poruszanej tematyce („*Wypowiedzi na piśmie jako objawy zaburzeń psychicznych*”). Co prawda autorzy poświęcili swoją uwagę

⁷²⁸ U. Sonnemann: *Handwriting Analysis. As a Psychodiagnostic Tool. A Study in General and Clinical Graphology*, Grune & Stratton, New York 1950, s. 181-204.

⁷²⁹ M. A. Bruck: *Contribution to the survey of handwriting*, The American Journal Of Psychiatry, February 1956, Volume 112, Issue 8, s. 640-646.

⁷³⁰ F. Witkowski: *Psychopatologie et écriture*, Masson, Paris-Milan-Barcelone-Mexico 1990, s. 105-118.

w głównej mierze aspektowi psychiatrycznemu wypowiedzi, czyli językowych fenomenach występujących w mowie pisanej, niemniej w trakcie obserwacji wyróżnili oni następujące znamiona grafizmu schizofreników: nadużywanie dużych liter, stawianie znaków przestankowych w niezrozumiały sposób (wskutek myślenia magicznego), zaburzenia topografii (w szczególności nadawanie rękopisom kształtów geometrycznych, architektonicznych), podniesiony napęd do pisania (*graforrhea*), występowanie dodatków w piśmie (umieszczanie symboli, dodatkowych liter, cyfr, ilustrowanie rękopisów rysunkami), chaotyczność linii marginesu, liczne stereotypie słowne, używanie niezrozumiałych wyrazów, niezwykle równy (kaligraficzny) rysunek liter. Autorzy podkreślają jednak, iż nie w każdym przypadku muszą występować charakterystyczne zmiany w wypowiedziach na piśmie, przy czym dotyczy to zarówno grafizmu, jak i fenomenów językowych. Nawet osoby wykazujące wyraźne objawy choroby psychicznej piszą poprawnie, nie zdradzając w rękopisach jakichkolwiek uchwytnych zaburzeń psychicznych⁷³¹.

T. Widła dokonał kompleksowego zestawienia deformacji w piśmie wraz z podaniem przyczyn ich powodujących. W oparciu o powyższe, można pokusić się o przedstawienie katalogu cech osób cierpiących na schizofrenię⁷³²:

- zaburzenia ataktyczne i tremor;
- falista linia podstawowa;
- zaburzenia wielkości pisma - mikrografia, przy czym autor uściśla, iż wraz z rozwojem schizofrenii pismo powiększa się bądź pomniejsza;
- zaburzenia nachylenia i struktury;
- zaburzenia form, z często spotykanym nawrotem do wzorca szkolnego, upraszczanie konstrukcji bądź jej dziwaczność, deformacja znaków i niezbornosć linii je tworzących;
- zmniejszenie łączliwości (anormalnie niski impuls) i zubożenie form wiązań.

⁷³¹ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 73-87.

⁷³² T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23-26.

Badania grafizmu schizofreników paranoidalnych przeprowadzone przez **J. Marcinkowskiego** pozwoliły na określenie następujących dewiacji⁷³³:

- topografia pisma: brak akapitów, ścieśnianie końcowych fragmentów wyrazów z jednoczesną tendencją do opadania linii podstawowej, nieregularna linia podstawowa, skreślanie omyłkowo napisanych elementów, tendencja do maksymalnego wykorzystania powierzchni podłoża, niestabilność lewego marginesu, ustępująca po terapii neuroleptykami;
- nieczytelność pisma, skłonność do pisania w sposób wachlarzowaty, powiększenie wielkości pisma;
- zwiększenie odstępów międzywyrazowych;
- uproszczenie odmian i wariantów literowych;
- redukcja i zubożenie w kreśleniu znaków diakrytycznych.

E. Pięciorek do charakterystycznych zmian w obrazie pisma ręcznego schizofreników zaliczyła⁷³⁴:

- obniżenie tempa kreślenia;
- zwiększenie odległości między wierszami i poszczególnym wyrazami;
- chaotyczność linii marginesu;
- brak akapitów;
- skłonność do pisania w sposób wachlarzowaty;
- obniżenie impulsu pisma;
- tremor;
- zwiększenie liter i ich elementów;
- opuszczanie liter, głównie na końcu wyrazów, ich przemieszczanie, wstawianie niewłaściwych liter, liczne perseweracje.

⁷³³ J. Marcinkowski: *op. cit.*, s. 90-102.

⁷³⁴ E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16.

Eksperymentalne badania rękopisów nakreślonych przez schizofreników, dokonane przez **M. Całkiewicz**, wykazały następujące znamiona patologii w piśmie ręcznym⁷³⁵:

- tendencja do perseweracji;
- liczne retusze graficzne;
- brak znaków diakrytycznych i przestankowych;
- chaotyczność pisma, w tym nachylenia linii podstawowej wiersza.

Dokonując krótkiego podsumowania powyższych obserwacji warto nadmienić, iż w większości przypadków autorzy opisują pojedyncze próby pisma i kończą rozważania na dużym stopniu ogólności. W rezultacie wyniki tych badań nie dają podstaw do generalizacji ich rezultatów i wniosków. Podkreślić należy, iż różnorakie zaburzenia psychiczne mogą wpływać w podobny sposób na obraz pisma ręcznego; i *vice versa* - poszczególne dewiacje występujące w piśmie mogą być odzwierciedleniem różnych schorzeń. Na podstawie zaburzeń patologicznych pisma, nie sposób również w sposób kategoryczny rozróżnić chorób natury psychicznej od chorób somatycznych. W konsekwencji, nie sposób więc mówić o objawach w piśmie swoistych dla jednego tylko typu choroby psychicznej⁷³⁶.

Nadmienić warto, iż **J. Pobocho** analizując prace dotyczące patologii pisma pod kątem poprawności metodologicznej, doszedł do wniosku, iż najczęściej posiadają one następujące braki⁷³⁷:

- zbyt małe grupy badanych chorych lub też wyciąganie wniosków w wyniku badania pojedynczych osób;
- brak obiektywnych i ścisłych kryteriów diagnostycznych;
- rzadkie używanie grup kontrolnych, złożonych z osób mających podobne choroby czy zaburzenia;

⁷³⁵ M. Całkiewicz: *Kryminalistyczne badania...*, s. 242-244.

⁷³⁶ H. Mayer: *Alters- und krankheitsbedingte Veränderungen der Handschrift, Unterschriftsprüfung*, Zeitschrift für Menschenkunde, 1-2/1975, s. 47-48; Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 60, 66; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 28; A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 55; J. Pobocho: *Metodologia badania tzw. patologii pisma*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 1243.

⁷³⁷ J. Pobocho: *Metodologia badania tzw. patologii...*, s. 1242.

- brak oceny statystycznej wyników lub używanie jej w bardzo ograniczonym zakresie;
- stosowanie zróżnicowanego nazewnictwa i mało precyzyjnych definicji zmian w grafizmie i treści pisma chorych.

Przyznając słuszość zarzutom stawianym przez J. Poboche, zwrócić należy uwagę na jeszcze jedno istotne zagadnienie. Z opisów przytoczonych badań nie wynika, iżby były to badania prowadzone z wykorzystaniem grup porównawczych (poza badaniami M. Brucka). Z analizy większości z nich wypływa wniosek, iż przedmiotem badań był jedynie grafizm osób z psychozą schizofreniczną (np. obserwacje W. Chłopickiego i J. S. Olbrychta, U. Sonnemanna, M. Całkiewicz). Zdaniem autora, jedynie badania porównawcze uwzględniające grupę porównawczą (kontrolną) składającą się z osób zdrowych, nie zdradzających uchwytnych zmian psychopatologicznych, umożliwiają porównanie różnic występujących w grafizmie badanych grup, a zatem wykrycie tego, co jest specyficzne dla grupy chorych w zestawieniu z grupą zdrowych. Tylko taki plan badawczy pozwala na wyprowadzenie wniosków o zależnościach przyczynowo-skutkowych pomiędzy cechami pisma ręcznego a psychozą, jak również minimalizuje ryzyko popełnienia błędu w tym względzie.

5. PATOLOGIA JĘZYKOWA W SCHIZOFRENII.

Badanie cech treściowo-językowych rękopisów pochodzących od chorych psychicznie bezspornie stanowi niezwykle istotny aspekt w badaniach pismoznawczych. Wszechstronna analiza tychże cech pozwala bowiem na stwierdzenie takich umiejętności autora rękopisu jak budowa zdań, zasób słownictwa, poprawność gramatyczna i ortograficzna, a w końcu na określenie stanu psychofizycznego autora w chwili pisania. Warstwa treściowo-językowa wypowiedzi na piśmie jest bowiem nośnikiem wielu istotnych informacji w przedmiocie kondycji psychofizycznej autora, co w połączeniu z analizą grafizmu pozwala i ułatwia ustalenie samego faktu istnienia poważnych anomalii psychicznych. Powyższe nabiera szczególnego znaczenia, jeśli weźmiemy pod

uwagę fakt, iż nie w każdym rękopisie pochodzącym od schizofrenika czy też ujmując szerzej, od osoby chorej psychicznie, występują charakterystyczne zmiany i odchylenia w grafiźmie. W takich przypadkach analiza cech treściowo-językowych zawartych w dokumentach staje się jednym z głównych elementów determinujących rozpoznanie zaburzeń psychicznych autora rękopisu.

Czy istnieją związki pomiędzy systemem językowym a schizofrenią? Bezspornie w kontaktach z osobami chorymi na schizofrenię, w pierwszej kolejności pojawia się trudna do przebrnięcia bariera - niezrozumiałość „języka schizofrenicznego”, którym osoby te się posługują. Często stanowi to większy problem aniżeli halucynacje czy omamy. Fenomeny językowe schizofreników określa się za pomocą takich określeń jak „formalne zaburzenia myślenia” czy też „rozkojarzenie”. Zaburzenia psychiczne związane ze schizofrenią niewątpliwie znajdują przełożenie w występowaniu patologii językowej, tzw. schizofazji. W rozdziale I niniejszej rozprawy wielokrotnie podkreślano, iż w schizofrenii rozbicie systemu językowego należy do kluczowych objawów choroby; już od Kraepelina zwracano bowiem uwagę na formalne zaburzenia myślenia i języka. Skoro schizofrenia jest zaburzeniem psychicznym, przeto i mowa, mająca swoje źródło w mózgu, musi odzwierciedlać patologiczny stan organizmu.

Jak już wcześniej opisano, zainteresowanie problematyką mózgowej organizacji mowy rozpoczęło się od sformułowania przez Brokę tezy o lokalizacji mowy ekspresyjnej w tylnych częściach trzeciego zakrętu czołowego lewej półkuli oraz połączeniu przez Wernickego obszaru tylnej części górnego zakrętu skroniowego w lewej półkuli z funkcją rozumienia mowy. We współczesnej psychologii mowa traktowana jest jako środek komunikowania się, tj. jako złożona, specyficzna zorganizowana forma świadomej działalności, w której uczestniczy z jednej strony osoba formułująca wypowiedź językową, a z drugiej strony osoba odbierająca tę wypowiedź. Mamy więc tutaj do czynienia z występowaniem **mowy ekspresyjnej**, zaczynającej się od motywu, ogólnej myśli, ujmowanej w schematy językowe za pomocą wewnętrznej, przeniesionej w rozwiniętą mowę gramatyce

„generatywnej”. Z drugiej strony jest to **mowa impresyjna**⁷³⁸, realizowana w kierunku odwrotnym, od odbioru cudzej wypowiedzi i dekodowaniu jej za pomocą procesu analizy, wyodrębnieniu istotnych elementów i zredukowaniu odebranej wypowiedzi do pewnego schematu językowego, do przetransformowania za pomocą mowy wewnętrznej w wypowiedź - ogólną myśl, z zawartym podtekstem⁷³⁹. Obydwie czynności mowy mają niezwykle złożoną strukturę psychologiczną, w której biorą udział liczne struktury mózgowe, co powoduje, iż zaburzenia występujące w złożonych mechanizmach fizjologicznych leżących u podstaw tej wyższej czynności nerwowej człowieka, skutkują występowaniem różnego rodzaju defektów mowy. Powyższe nabiera szczególnego znaczenia w chorobach psychicznych.

Zarówno w wypowiedziach ustnych jak i pisemnych osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne, uwidaczniają się zaburzenia treści i toku myślenia. Warto więc prześledzić związki występujące pomiędzy patologią psychiczną (schizofrenią) a patologią językową, tzw. schizofazją. J. Mitarski przez schizofazję rozumie patologiczną ekspresję słowną typową dla schizofrenii, wyrażającą się w rozkojarzeniu i neologizmach⁷⁴⁰. Z kolei B. Maher szczególny nacisk położył na

⁷³⁸ Ramy niniejszej pracy nie pozwalają na szczegółowe rozpatrywanie zjawisk związanych z mózgową organizacją mowy i zaburzeniami. Warto jedynie przybliżyć, iż w mowie impresyjnej dużą rolę odgrywają takie obszary mózgu jak wtórne części kory skroniowej (słuchowej) w lewej półkuli (odpowiedzialne za dekodowanie odbieranej mowy), które są połączone z zaśrodkowymi (kinestatycznymi) i dolnymi częściami kory przedruchowej (odpowiedzialne za analizę słuchową). Zaburzenie słuchu fonematycznego (następstwo uszkodzenia skroniowych górnych części lewej półkuli lub okolicy Wernickego) uniemożliwia rozumienie precyzyjnego, konkretnego znaczenia słów. Zaburzenia we współpracy analizatora słuchowo-werbalnego i wzrokowego powoduje dysocjację znaczenia słowa, chory nie może skojarzyć brzmienia słowa z odpowiednim obrazem. Uszkodzenie środkowych części okolicy płata skroniowego w półkuli dominującej prowadzi do dysfunkcji kory skroniowej; pacjent nie rozumie sensu całego zdania, przy zachowanej zdolności rozumienia pojedynczych słów. Uszkodzenia ciemieniowo-potylicznych, skroniowo-ciemieniowo-potylicznych części półkuli dominującej skutkuje niemożnością rozumienia stosunków logiczno-gramatycznych (czyli opisywaną wcześniej afazję semantyczną). Uszkodzenie płatów czołowych utrudnia rozumienie złożonych wypowiedzi, zaś chorzy wypowiadają serie domysłów, nie wypływających z analizy tekstu, bądź też bezwładne znaczeniowe stereotypy; A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 334-337.

⁷³⁹ A. R. Łuria: *op. cit.*, s. 332.

⁷⁴⁰ J. Mitarski: *Niektóre zagadnienia schizofazji* Psychiatria Polska, 1967, nr 1, s. 103-108, cyt. za: A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, s. 20.

zaburzenia semantyczne, w szczególności zaś na zubożenie semantyki⁷⁴¹. Na potrzeby niniejszej pracy zasadnym będzie przyjęcie szerszego pojęcia terminu schizofazji, a co za tym idzie objęcie jej zakresem znaczeniowym kompleksu typowych dla schizofrenii zaburzeń językowych. Innymi słowy, schizofazja jest rezultatem dezorganizacji języka schizofrenicznego, jako przejawu kompleksowej dezorganizacji myślenia chorego. W tym miejscu warto zadać ważne pytanie: czy zaburzenia myślenia są na tyle unikalnym objawem, iż pozwalają zaliczyć je do cech znamiennych schizofrenii? Przez wiele lat uważano, że identyfikacja i charakterystyczne zaburzenia mowy schizofreników mogą być pomocne w rozróżnieniu schizofrenii od innych psychoz. Nadto uznawano, że zidentyfikowanie podobieństw pomiędzy mową schizofreników i pacjentów z uszkodzeniami mózgu mogą dać wskazówki co do lokalizacji i przyczyn dysfunkcji mózgowych u schizofreników. Wyniki wieloletnich badań nie pozostawiają większych wątpliwości; uznawane za osiowe dla schizofrenii zaburzenia myślenia są obecne również w innych psychozach, w szczególności w manii. Jak to będzie opisane w dalszej części rozprawy, badania przeprowadzone przez Morice, Ingrama i McNicol wykazały wielkościowe i jakościowe różnice występujące pomiędzy zaburzeniami myślenia schizofreników i pacjentów z manią. Niemniej podkreślić należy, iż różnice te są subtelne (np. zaburzenia myślenia schizofreników przejawiają większy stopień dezorganizacji i pomieszania, z częstszym użyciem dziwacznych słów i zwrotów). Mowa schizofreników przejawia również podobieństwo do mowy pacjentów z uszkodzeniami mózgu, tj. afatyków i osób z uszkodzoną prawą półkulą mózgową. W szczególności dotyczy to afazji Wernickego. Rezultaty badań porównawczych w tej mierze są niejednorodne; od określenia różnic pomiędzy mową obydwu grup chorych aż po stwierdzenie, iż tylko jeden na pięciu specjalistów będzie zdolny do uchwycenia różnic występujących między mową schizofreników a mową afatyków. Również badania pacjentów schizofrenicznych za pomocą narzędzia tradycyjnie używanego

⁷⁴¹ B. Maher: *Schizophrenia. Psychology Today*, 1, s. 30-33, cyt. za: A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach...*, s. 20.

do badania afatyków (*Boston Naming Test*) pokazały, iż występują zarówno podobieństwa jak i różnice pomiędzy tymi dwiema grupami. Mowa schizofreników przejawia także wiele podobieństw do mowy osób z uszkodzeniami zlokalizowanymi w prawej półkuli mózgowej, np. uskokowość odpowiedzi na pytanie, fragmentaryczne rozumienie wypowiedzi, problemy z pozawerbalnym komunikowaniem się, konwersacją, rozumieniem żartów. Niemniej brak w literaturze badań porównawczych mowy obydwu grup⁷⁴².

Tendencja do kwalifikowania zaburzeń myślenia i języka jako kluczowego objawu schizofrenii datuje się już od pierwszych klinicznych badań i opisów tej choroby. **E. Kraepelin** wśród objawów *dementia praecox* wyróżnił między innymi zaburzenia uwagi i rozumienia, luźne skojarzenia, rozkojarzenie, echolalię i zaburzenia ekspresji słownej. Twórca pojęcia schizofrenia **E. Bleuler** do jednego z czterech tzw. objawów osiowych zaliczył zaburzenia kojarzenia (asocjacji), a nadto zaburzenia ekspresji słownej i pisemnej. Także **J. Feighner** do jednego z kryteriów rozpoznania schizofrenii zaliczył produkcję werbalną utrudniającą komunikację ze względu na brak logiki lub zrozumiałej organizacji. Również **K. Schneider** wśród kryteriów diagnostycznych schizofrenii wyróżnił nieprawidłowe „wyrażanie się” (zaburzenia języka, pisanie). Podobnie narzędzie diagnostyczne **DSM IV-TR** do objawów charakterystycznych zaliczyło zdezorganizowaną mowę (a w niej nagłe zmiany tematu wypowiedzi - zbaczanie wypowiedzi, brak związku odpowiedzi z zapytaniem, całkowitą dezorganizację językową - rozkojarzenie, zbliżającą wypowiedź do próbki afazji receptorycznej). Do jednego z kryteriów rozpoznania schizofrenii wg **ICD-10**, Światowa Organizacja Zdrowia zaliczyła występowanie neologizmów, przerw lub przeskoków w toku myśli, powodujących rozkojarzenie lub niezrozumiałość wypowiedzi, a także jako dodatkową cechę ubóstwo mowy.

⁷⁴² G. R. Kuperberg, D. Caplan: *Language Dysfunction In Schizophrenia*, [w:] Neuropsychiatry (red.) Schiffer R. B., Rao S. M., Fogel B. S., 2nd edition, 2003, Lippincott Williams And Wilkins, Philadelphia, s. 445-446.

Podobnie jak i przy omawianiu znamion grafizmu schizofreników, poniżej zostanie dokonany przegląd literatury poświęconej zaburzeniom językowym chorych na schizofrenię.

Jedną z pierwszych współczesnych prób skatalogowania patologii językowej występującej w schizofrenii podjął w roku 1975 **F. Reilly**, który wraz z kierowanym przez siebie zespołem w oparciu o badania 51 pacjentów z psychozami (w tym 26 schizofreników) wyróżnił 10 kategorii zaburzeń językowych, w tym m.in. luźnych skojarzeń, odbiegających od normy werbalizacji, osobliwych treści (np. neologizmów), powtórzeń, perseweracji, urojeń. Spośród nich za najistotniejsze uznał luźne skojarzenia (wyróżniając jednocześnie sześć poziomów głębokości tego zjawiska), ubytki komunikacyjne (nieuchwytność dla słuchacza istoty informacji przekazywanych przez schizofrenika, powstała wskutek zaskakujących sformułowań), niejasność myśli i ich blokowanie. Powyższe patologie wykazują na tyle wysoki poziom znamienności, iż pozwalają na odróżnienie wypowiedzi formułowanych przez schizofreników od wypowiedzi ludzi uznanych za zdrowych⁷⁴³.

W. Chłopicki i J. S. Olbrycht uznali, iż w zaburzeniach pisma aspektu psychiatrycznego odzwierciedlają się chorobliwe zmiany psychiczne osobowości ludzkiej, w szczególności urojenia bądź nastawienia urojeniowe. Znajduje to przełożenie w wypowiedziach słownych, tj. rozkojarzeniu mowy zależnym od rozkojarzenia myślenia i uzewnętrzniającym się w formułowaniu niezrozumiałych dla otoczenia odpowiedzi bez wyraźnego związku z zapytaniem, stereotypiach słownych (powtarzaniu pewnych wyrazów, zwrotów czy też zdań), wszelkiego rodzaju konstrukcjach urojeniowych z silnie zaznaczoną polaryzacją uczuciową (skłonnością do jednoznacznej oceny wszystkich niemal faktów i zjawisk w sposób dodatni lub ujemny), gonitwie myślowej (bądź też na odwrót - znacznym utrudnieniem i spowolnieniem w wyrażaniu swoich myśli), sztucznym patosie, używaniu manieryzmów i neologizmów, które często są wyrazem dążeń chorego do

⁷⁴³ F. Reilly, M. Harrow, G. Tucker, D. Quinlan, A. Siegel: *Looseness of Associations in Acute Schizophrenia*, The British Journal of Psychiatry (1975) 127, s. 240-246.

położenia akcentu na niezwykłość bądź dużą powagę wewnętrznych przeżyć schizofrenicznych. W wypowiedziach często poruszana jest tematyka zupełnie oderwana od obiektywnej rzeczywistości (często natury pseudofilozoficznej, religijnej), następuje przesycenie dziwaczną symboliką (objaw tzw. glosolalii ekstazy), magicznym myśleniem (przekonaniem chorego, iż pewne najprostsze czynności, gesty, słowa czy spojrzenia mogą mieć wpływ na wydarzenia w otoczeniu poprzez ich powstrzymywanie, zmianę bądź nadanie innego sensu), jak również ilustrowaniem wypowiedzi pisemnych rysunkami, będących odbiciem patologicznego świata wewnętrznego schizofrenika. Często w mowie i piśmie obserwowana jest ambiwalencja, polegająca na równoczesnym wydawaniu sądów sprzecznych i przeciwstawnych, będących przejawem jednoczesnego istnienia dwóch przeciwstawnych nastawień uczuciowych⁷⁴⁴. Reasumując powyższą listę patologicznych fenomenów językowych stworzoną przez W. Chłopickiego i J. S. Olbrychta można pokusić się o stwierdzenie, iż są one rezultatem myślenia autystycznego, w wyniku którego u schizofrenika zanika z jednej strony poczucie rzeczywistości, a z drugiej pogłębia się dystans pomiędzy nim a otoczeniem; mamy więc do czynienia z dereizmem. Chory interpretuje rzeczywistość w sposób patologicznie zmieniony, zaś on sam tkwi w swoim świecie, przesyconym urojeniami, omamami i innymi przeżyciami psychotycznymi. Autyzm najczęściej występuje z derealizacją i depersonalizacją. Derealizacja powoduje poczucie dziwności i niezrozumiałości otaczającego świata i powstanie obrazu świata rządzonego wedle odmiennych praw, co powoduje jego urojeniową interpretację. Stany depersonalizacji prowadzą do utraty własnej aktywności i własnej osobowości, kiedy pisanie, mówienie czy inne działania odbywa się pod wpływem obcych ludzi, zaś chory czuje się owładnięty obcą siłą, która pozbawia go własnych myśli i narzuca mu obce, kierujące jego postępowaniem. Depersonalizacja, derealizacja i autyzm korespondujące z magicznym myśleniem i silnym nastawieniem urojeniowym powodują w konsekwencji występowanie ww. patologicznych objawów w mowie i wypowiedziach pisemnych.

⁷⁴⁴ W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s. 15, 57-90.

S. Pużyński do symptomatologii schizofrenii zaliczył takie zaburzenia myślowe jak mantyzm, otamowanie, a w szczególności rozkojarzenie, będące znamieniem dla psychoz schizofrenicznych. Istotą mantyzmu (natłoku myśli) jest przekonanie chorego o nienadążaniu za pojawiającymi się myślami. Zaburzenia toku myślenia w postaci zmniejszenia tempa, przejawia się zubożeniem treści wypowiedzi, co może być skutkiem przerw w myśleniu - otamowania. Z kolei w rozkojarzeniu formy gramatyczne są zwykle zachowane (oprócz zupełnego rozpadu mowy, tzw. sałaty słownej), a ciągłość zaburzają liczne przerwy, skróty, opuszczenia, mieszanie się tematów realnych z urojeniowymi, zastępowanie nazw innymi (metonimia) odpowiadającymi przedmiotom (pojęciom) zbliżonym, często neologizmami w postaci „prywatnych” wyrazów lub całych zwrotów, niekiedy też kontaminacji (zlepków pojęciowych)⁷⁴⁵.

K. Zgryzek, opierając się na empirycznych badaniach chorych na schizofrenię, wyróżnił następujące patologie językowe⁷⁴⁶:

- w schizofrenii prostej: lakoniczność wypowiedzi przesyconych zdaniami prostymi, brak znaków interpunkcyjnych, dziwaczność przekazywanych treści;
- w schizofrenii hebefrenicznej: skłonność do głupich dowcipów i błaznowania, nasycenie wypowiedzi pseudofilozoficznymi bądź infantylnymi treściami;
- w schizofrenii katatonicznej: występowanie paragrafii (zgłoskowych i słownych) polegających na podwajaniu, przestawianiu i łączeniu niewłaściwych zgłosek i słów, agramatyzmów (używaniu słów bądź zdań w niewłaściwej formie gramatycznej), brak bądź też nadmiar znaków interpunkcyjnych, przesycenie wypowiedzi słowami bez jakiegokolwiek związku ze sobą (sałata słowna);
- w schizofrenii urojeniowej, cechującej się najgłębszymi zmianami treściowo-językowymi, wypowiedzi odzwierciedlają liczne urojenia (w szczególności prześladowcze, posłannictwa religijne, wielkościowe), nadmiar patosu,

⁷⁴⁵ *Leksykon psychiatrii*, s. 521-522.

⁷⁴⁶ K. Zgryzek: *Wpływ schizofrenii na obraz...*, s. 50-59.

perseweracje, pieniactwo, nadawanie wyrazom magicznych i metaforycznych właściwości, neologizmy, pomijanie lub przekręcanie końcówek wyrazów, oskarżycielski i uwłaczający adresatowi ton wypowiedzi, ambiwalencję uczuć.

Z kolei pokłosem badań **M. H. Johnstona** i **P. S. Holzmana**, przeprowadzonych w latach 70 i 80 ubiegłego wieku, jest Indeks Zaburzeń Myślenia (*Thought Disorder Index - TDI*), który do fenomenów typowych dla schizofrenii zalicza gonitwę myślową, absurdalne wypowiedzi i konfabulacje, autystyczne (niezrozumiałe dla odbiorcy) związki fragmentów wypowiedzi, kontaminacje, neologizmy i rozkojarzenia myślenia⁷⁴⁷.

W chwili obecnej najczęściej używaną metodą oceny patologii językowej w schizofrenii (schizofazji) jest Skala Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji (*Scale for Assessment of Thought, Language, and Communication - TLC*), opracowana przez **Nancy C. Andreasen** w roku 1979⁷⁴⁸. Skala ta obejmuje opis 18 fenomenów językowych, których występowanie w wypowiedziach schizofreników, będące przejawem dezorganizacji myślenia, nadaje im znamię niezrozumiałości.

1. Ubóstwo mowy - ilościowe zmniejszenie mowy spontanicznej powodujące, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
2. Ubóstwo treści - wypowiedzi są adekwatne co do długości, ale przenoszą mało informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
3. Natłok mowy - ilościowy wzrost mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne,

⁷⁴⁷ T. Woźniak: *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000, s. 24. W oparciu o TDI można stwierdzić, iż patologia zawarta w Indeksie Zaburzeń Myślenia opisuje typowe fenomeny dla wypowiedzi ze schizofrenią. Charakterystyczne dla tego schorzenia objawy są związane z dezorganizacją struktury wypowiedzi oraz niekonwencjonalną werbalizacją, przy czym pewne fenomeny schizofatyczne ustępują częściowo wraz z poprawą stanu psychicznego chorych; jednakże nawet w stanie remisji utrzymują się na znamienne patologicznym poziomie; A. Czernikiewicz: *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998, s. 14-15.

⁷⁴⁸ A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach...*, s. 26.

emfatyczne, trudne do przerwania, przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.

4. Roztargnienie - w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
5. Uskokowość - odpowiedź na pytanie od jej początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle nie związana z tematem pytania.
6. Zbaczanie wypowiedzi - wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.
7. Rozkojarzenie - wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.
8. Nielogiczność - wzorce mowy, w których wnioski nie wynikają w sposób logiczny.
9. Dźwięczenie - wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
10. Neologizmy - nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się być niezrozumiałe.
11. Przybliżenie słowne - używanie słów w sposób nowy, często „prywatny” lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.
12. Drobiazgowość - wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej szczegółami (ale bez cech zbaczania wypowiedzi).
13. Utrata celu - niezdolność do doprowadzenia wypowiedzi do końca - zakończenia jej w sposób naturalny (ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi).
14. Persewercje - ciągle używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji (poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie).
15. Echolalia - wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.

16. Blokowanie - przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie istnienia tych przerw.
17. Mowa sztuczna - wypowiedzi sztuczne, formalne, frazelogiczne, kaznodziejskie, w innym niż oczekiwano stylu.
18. Odnoszenie do siebie - nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu.

Należy podkreślić, iż nie wszystkie powyższe zjawiska patologiczne występują w wypowiedziach schizofreników. Szacuje się, iż połowa opisanych fenomenów językowych występuje u ponad 50% osób cierpiących na schizofrenię⁷⁴⁹. Przeprowadzone z użyciem skali TLC badania nad wypowiedziami schizofreników pozwalają zaliczyć do najczęściej występujących i mających największe nasilenie następujące fenomeny: zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, utrata celu wypowiedzi, ubóstwo treści, a następnie perseweracje, uskokowość i rozkojarzenie. Co więcej, badania zagadnienia wpływu płci badanych chorych na schizofrenię wykazały wyższy poziom patologii w wypowiedziach badanych kobiet, w szczególności jednego z fenomenów - natłoku mowy⁷⁵⁰.

T. Woźniak i **A. Czernikiewicz**, opierając się na własnych badaniach patologii językowej schizofreników w aspekcie lingwistyczno-klinicznym, stworzyli narzędzie do oceny zaburzeń komunikacji językowej, tj. Krótką Skalę Oceny Schizofazji (KSOS). Skala składa się z trzech części oceniających spójność: gramatyczną (poprawność wobec reguł gramatycznych: realizacja schematów zdaniowych, zgodność i następstwa czasów, poprawność użycia zaimków, końcówek gramatycznych itp.), semantyczną (zgodność opisywanej rzeczywistości z realnością i językowymi wymogami konstrukcji sensu) i pragmatyczną wypowiedzi (skuteczność komunikacyjna). Zawartość KSOS przedstawia się następująco:

⁷⁴⁹ Po zastosowaniu farmakologicznego leczenia antypsychotycznego, trzy objawy osiągnęły frekwencję wyższą niż 50%, tj. ubóstwo treści, zbaczanie wypowiedzi i utrata celu wypowiedzi; A. Czernikiewicz: *Językowy wymiar...*, s. 20.

⁷⁵⁰ A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach...*, s. 28-32.

1. Spójność gramatyczna:

- 1.1. Ocena zubożenia składni (liczba w wypowiedzi zdań pojedynczych, równoważników zdań i ciągów zautomatyzowanych, np. fragmentu wierszu, tekstu piosenki).
- 1.2. Ocena zaburzeń konotacji linearnej (przewidziane w systemie języka możliwościami łączenia wyrazów).

2. Spójność semantyczna:

- 2.1. Występowanie neologizmów idiolektalnych (wyrazów, których budowa słowotwórcza ani znaczenie nie dają się wyjaśnić w oparciu o system leksykalno-gramatyczny danego języka).
- 2.2. Występowanie paronimów (wykorzystywania podobieństw brzmień do łączenia wyrazów w wypowiedzi).

3. Spójność pragmatyczna.

- 3.1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi (ujawnianie fragmentów omamów słuchowych; zwracanie się do domniemanych odbiorców; mówienie nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji; ujawnianie urojeń).
- 3.2. Ocena konkretności wypowiedzi (włączanie do wypowiedzi aktualnie dominujących bodźców, np. przypadkowo słyszanych słów, nazw przedmiotów znajdujących się w otoczeniu; przypadkowe i dowolne skojarzenia).
- 3.3. Utrzymywanie się co najmniej dwóch objawów z pkt 1 i 2 w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Bez wątplenia analiza wypowiedzi językowych dokonywana za pomocą wystandaryzowanego narzędzia KSOS, umożliwia ocenę występowania schizofazji, jak również pozwala na lepszą ocenę wypowiedzi ustnych (i pisemnych) chorych na schizofrenię⁷⁵¹.

Badania zmian językowych występujących u schizofreników (badania komparatystyczne z mową pacjentów chorych na manię), przeprowadzone przez

⁷⁵¹ A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach...*, s. 95-106.

R. M. Morice, J. C. L. Ingrama i D. McNicol, wykazały zmiany w składni, semantyce i płynności wypowiedzianych zdań. Zmiany były na tyle znamienne, iż pozwoliły na rozróżnienie schizofreników od pacjentów z manią oraz kontrolnej grupy osób zdrowych. W szczególności mowa schizofreników przejawiała mniejszą złożoność gramatyczną i była mniej płynna, zawierała więcej błędów składniowych i semantycznych aniżeli mowa pacjentów z manią. Nastąpiła również redukcja syntaktycznej złożoności zdań, lakoniczność wypowiedzi oraz dziwaczne, niezrozumiałe zlepkki słów. Powyższe wskazuje, że analiza językowa może stanowić pomocne narzędzie diagnostyczne w schizofrenii⁷⁵².

M. Seligman, E. Walker i D. Rosenhan, do klasycznych zaburzeń mowy schizofreników zaliczyli: wykolejenia⁷⁵³ (przeskakiwanie z jednego tematu na inny, zupełnie z nim nie związany), niespójność i chaotyczność mowy („sałata słowna”⁷⁵⁴), luźne, błędne skojarzenia (nieprawidłowe powiązania słów i wyrazów, kierowanie się w kojarzeniu słowem, a nie kontekstem⁷⁵⁵), skojarzenia dźwięczne (rymowanie słów tak jak np. „zaraz mój nakaz, zakaz, obcas”), tworzenie neologizmów, nadużywanie słów nadmiernie abstrakcyjnych lub nadmiernie konkretnych, powtarzalnych i stereotypicznych, powodujących w rezultacie zubożenie treści mowy⁷⁵⁶.

G. K. Kuperberg i D. Caplan rozróżnili zaburzenia treści mowy od zaburzeń formalnych myślenia schizofreników. Te pierwsze w głównej mierze przejawiać się mają w halucynacjach, dziwacznych reakcjach o charakterze symbolicznym,

⁷⁵² R. D. Morice, J. C. L. Ingram: *Language complexity and age of onset of schizophrenia*, Psychiatry Research, Volume 9, Issue 3, July 1983, s. 233-242; R. Morice, D. McNicol: *Language Changes in Schizophrenia: A Limited Replication*, Canadian Journal of Community Mental Health, Vol. 12, No. 2, 1986, s. 239-251.

⁷⁵³ Np. w reakcji na zapytanie „Jak się dziś miewasz” pacjent schizofreniczny odpowiada „Dziś, dzisiaj autobus znów się dziś spóźnił, kierowca na pewno źle się czuje”.

⁷⁵⁴ Np. „Zwykle muszę wyjść, kiedy inni wchodzić bez wątpienia wysiadają z łódki. Jeśli zatoną wraz z nią, przepadnie obiad, a wtedy, może, jak wolisz, spadnie drugi but”.

⁷⁵⁵ Np. życzenia noworoczne schizofrenika: „Życzę ci zatem dobrego, szczęśliwego, radosnego, zdrowego, błogosławionego i owocnego roku, a w przyszłości wielu lat winnych, jak również zdrowego i dobrego roku jabłkowego i roku kwaśnokapustowego, kapuścianego, wyciskanego i nasiennego”.

⁷⁵⁶ M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan: *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 452-453.

tworzeniu nieprawdopodobnych konstrukcji (baśniowych, groteskowych), absurdalnych odpowiedziach o autystycznej logice. Formalne zaburzenia myślenia obejmują niejasne, wymijające wypowiedzi, nielogiczne odpowiedzi na pytania, zdefragmentowaną, niezrozumiałą mowę przesyconą neologizmami, luźno skojarzonymi słowami. Często obserwowane są wykojeżenia i zbaczanie z tematu, utrata celu i tematu wypowiedzi, perseweraacje oraz uskokowość. Autorzy ci stworzyli katalog schizofrenicznych zmian językowych, który przedstawia się następująco⁷⁵⁷:

- zaburzenia na poziomie pojedynczych słów - deficyty w strukturze i czynnościach pamięci leksykalno-semantycznej, w tym *anomia* - trudność w nazywaniu pokazywanych przedmiotów;
- zaburzenia na poziomie zdaniowym - osłabienie użycia różnych wzorców kontekstów językowych, niski współczynnik elastyczności i różnorodności użycia słów, tzw. „*token ratio*” (mierzony jako stosunek użycia różnorodnych słów do ogólnej liczby użytych słów), występujący zarówno w mowie jak i piśmie schizofreników, zaburzenia w użyciu i rozumieniu związków międzywyrazowych w zdaniach, kłopoty w rozróżnieniu właściwego znaczenia i użycia homonimów (słów identycznie brzmiących i pisanych, ale o różnym znaczeniu, w zależności od kontekstu wypowiedzi), trudności w odkodowaniu ukrytego kontekstu zdania;
- zaburzenia na poziomie całości wypowiedzi - nieprawidłowe związki międzyzdaniowe, niespójność wypowiedzi, nieprzewidywalność biegu rozmowy, zaburzenia w przypominaniu sobie wypowiedzianych w toku dyskusji zdań.

A. Belger i G. Dichter, opierając się na aktualnych podstawach wiedzy na temat schizofrenii oraz wynikach badań psychiatrów, stworzyli katalog najczęstszych zaburzeń występujących w produkcji słownej i konstrukcji zdaniowych, który

⁷⁵⁷ G. R. Kuperberg, D. Caplan: *op. cit.*, s. 445-454.

pozwała na ustalenie występowania zaburzeń myślenia. I tak wyróżnili następujące typy zaburzeń myślenia⁷⁵⁸:

- rozkojarzenie (utrata powiązań), charakteryzujące się utratą logicznych oraz istotnych powiązań pomiędzy słowami lub zdaniami;
- tangencjonalność, przejawiająca się wyraźnym, stopniowym odchodzeniem od tematu rozmowy w kierunku innego tematu, który nasunął się pacjentowi podczas mówienia;
- inkoherencja, powodująca całkowitą utratę logicznych związków między zdaniami, w następstwie czego wypowiedzi chorych stają się całkowicie niespójne i niezrozumiałe;
- brak logiki, który powoduje szereg błędów wnioskowania polegających na udzielaniu nielogicznych odpowiedzi na logiczne pytania oraz błędów myślenia indukcyjnego (wyciąganie wniosków opartych na niespójnych założeniach);
- dygresyjność, polegająca na podawaniu zbyt dużej ilości szczegółów mających luźny związek z tematem; w rezultacie zdania są nadmiernie rozbudowane i nie mają związku ze sprawą;
- werbigieracje, przejawiające się doborem słów nie ze względu na znaczenie, lecz z uwagi na brzmienie lub fonetyczne podobieństwo;
- neologizmy;
- trudności w myśleniu abstrakcyjnym, które znajdują odzwierciedlenie w dużych trudnościach w interpretacji przysłów, generalizacją bądź też nadmiernym abstrahowaniem oraz stylem manierycznym, górnolotnym;
- echolalie;
- otamowanie myśli, co znajduje swój wyraz w zwężeniu lub całkowitym przerwaniu przepływu strumienia myśli.

⁷⁵⁸ A. Belger, G. Dichter: *op. cit.*, s. 205-206.

Wyniki wyczerpującego przeglądu zestawienia wyników badań przeprowadzonych przez wielu autorów w przedmiocie zaburzeń językowych, pozwoliły **G. Kuperberg** na wyróżnienie następujących patologii językowych⁷⁵⁹:

- zbaczanie wypowiedzi;
- uskokowość;
- neologizmy;
- osobliwy lub dziwaczny styl wypowiedzi;
- niezrozumiałość wypowiedzi - sałata słowna;
- inkoherencja (rozpad struktury zdań);
- zaburzenia elastyczności lub różnorodności używanych słów;
- luźne skojarzenia;
- zaburzenia w interpretacji długich i gramatycznie złożonych zdań;
- kłopoty w interpretacji dwuznacznych słów występujących w zdaniu;
- brak zrozumienia kontekstu wypowiedzi;
- niemożność prawidłowego odczytania znaczenia homonimów w kontekście całej wypowiedzi (dotyczy to również rozumienia idiomów);
- kłopoty w używaniu kombinatorycznego mechanizmu do zrozumienia całej wypowiedzi, w szczególności wypowiedzi „naciąganych”; jej rozumienie jest wówczas nieodpowiednio prowadzone poprzez zwrócenie się do semantycznego znaczenia wyrazu i skojarzeń z nim.

Kontynuując powyższy wątek, warto wspomnieć jeszcze o zaburzeniach językowych schizofreników w aspekcie lingwistycznym. Rezultaty tego typu badań dają asumpt do stwierdzenia, iż wypowiedzi schizofreników są ubogie pod względem semantycznym, częstsze jest używanie dopełnień niż podmiotów (stosunek *ca* 3:1) i to przeważnie na końcu zdania. W wyniku rzadkiego używania przymiotników wypowiedzi odbierane są jako chłodne, bezbarwne i mało opisowe, nadużywane są terminy ogólne, naukowe, związane ze schizofreniczną wizją świata. Mówcy schizofreniczni podkreślają tematy zła i wrogości, mając równocześnie duże

⁷⁵⁹ G. R. Kuperberg: *Language in Schizophrenia*, *Language and Linguistic Compass* 4/8 (2010), s. 576-604.

problemy z poruszaniem tematów dobra czy przyjaźni. Do rzadkości należy używanie zaimków i rzeczowników; następuje przesycenie wypowiedzi partykułą „nie”, zubożenie syntaktyczne wypowiedzi (mniejsza ilość zdań złożonych, większa ilość zdań prostych, rzadkie używanie koniunkcji), zaś kobiety cierpiące na schizofrenię preferują typowo męską semantykę. Co ważne, nawet w okresie remisji choroby nie dochodzi do normalizacji w zakresie semantyki tekstu⁷⁶⁰.

Warto jeszcze wspomnieć o cechach prozodycznych mowy schizofreników. Jak to wcześniej opisano, w schizofrenii obserwowane jest niedostosowanie cech prozodycznych mowy (ekspresja uczuciowa, mimika, intonacja) do wypowiadanych treści. Wśród najważniejszych obserwowanych zniekształceń wyróżnić można: rozbijanie formy intonacyjnej zdania wskutek wprowadzania nadmiernie długich pauz pomiędzy składnikami wypowiedzi, spłaszczenie intonacyjne (cała wypowiedź oparta jest na jednym tonie, przy spowolnieniu tempa mówienia i cichym sposobem mówienia), będące przejawem obojętności emocjonalnej chorego. Często obserwowane jest wtrącanie w wypowiedź bezsensownych dźwięków, nagłe zmiany siły głosu (przechodzenie od pełnego głosu do szeptu albo od zniżonego do pełnego głosu z silnym akcentem). Schizofrenicy przejawiają również silną tendencję do używania szeptu lub cichego głosu, zaś kwestie wypowiadane w ten sposób nie są związane z tematem rozmowy. T. Woźniak tłumacząc powyższe zjawisko zasugerował, iż jest to związane z równolegle toczącą się interakcją, nie związaną z wątkiem toczonej rozmowy, zaś słowa wypowiadane szeptem kierowane są do kogoś innego, kogo nie widzimy i na temat, o którym nie mamy pojęcia. Fakt, iż ściszenie głosu powoduje w zamierzeniu skrócenie dystansu i zwiększenie „poufności” przekazu wskazuje, iż jest to interakcja bliższa pacjentowi, co może być skutkiem omamów słuchowych. Niemożność rozdzielenia doznań wewnętrznych i zewnętrznych w następstwie omamów słuchowych, a co za tym idzie uczestniczenie schizofrenika w wielu interakcjach, tłumaczy również zaburzenia spójności tematycznej wypowiedzi⁷⁶¹.

⁷⁶⁰ *Ibidem*, s. 35-37.

⁷⁶¹ T. Woźniak: *op. cit.*, s. 142-145.

Dokonując pewnej rekapitulacji poglądów, warto powiązać objawy patologii językowej schizofreników z poglądami z I rozdziału niniejszej rozprawy, a dotyczącymi hipotezy o dwóch typach schizofrenii, tj. typu I z przewagą objawów pozytywnych (m.in. urojeń, halucynacji, formalnych zaburzenia myślenia) oraz typu II z dominacją objawów negatywnych (apatii, anhedonii i tzw. negatywnych objawów komunikacyjnych - ubóstwa mowy, blokowania)⁷⁶². Przypomnijmy, iż typ I charakteryzuje się stosunkowo dobrą odpowiedzią na leki antypsychotyczne; typ II - bardzo słabą odpowiedzią na farmakoterapię neuroleptyczną, co może być wynikiem organicznych anomalii w mózgu stwierdzonych w toku badań z zastosowaniem tomografii komputerowej⁷⁶³. Przyjmując powyższy dychotomiczny model schizofrenii, aspekt patologii językowej w ujęciu dwuwymiarowym przedstawia się następująco:

- objawy negatywne: alogia (ubóstwo mowy, ubóstwo treści wypowiedzi, bloki w myśleniu i w wypowiedziach, latencja wypowiedzi);
- objawy pozytywne: formalne zaburzenia myślenia (uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, natłok mowy, roztargnienie, dźwięczenie).

Powyższy model wykazuje jednakże słabość co do przypadków zaburzeń językowych, które występują zarówno w grupie objawów pozytywnych jak i negatywnych⁷⁶⁴.

Na koniec warto jeszcze dokonać syntezy biologicznego aspektu podejścia do genezy schizofrenii, jako uszkodzenia i dysfunkcji w obrębie mózgu z patologią językową w schizofrenii (schizofazją). Otóż połączenie danych o uszkodzeniach strukturalnych i funkcjonalnych mózgu z objawami neuropsychologicznymi i zaburzeniami językowymi, pozwoliły **P. Liddle** w roku 1996 na stworzenie teorii

⁷⁶² Hipoteza T. Crowa, jak również Sullivana; patrz Rozdział I niniejszej rozprawy.

⁷⁶³ Badania przeprowadzone w roku 1976 przez zespół brytyjskich badaczy z E. Johnstonem na czele, wykazały poszerzenie układu komorowego u chorych na schizofrenię, w stopniu proporcjonalnym do nasilenia zaburzeń. Powiększenie komór było rezultatem niedorozwoju otaczającej je tkanki mózgowej; J. Rybakowski: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, s. 40, E. Shorter: *op. cit.*, s. 295-296.

⁷⁶⁴ A. Czernikiewicz: *Przewodnik po zaburzeniach...*, s. 46-47.

trzech zespołów schizofrenicznych, tj. zespołu zubożenia psychomotorycznego (ubóstwo mowy, spłaszczenie afektu, spowolnienie ruchowe), zespołu dezorganizacji (formalne zaburzenia myślenia o typie luźnych asocjacji wg Andreasen, a także ubóstwo treści wypowiedzi i niedostosowanie afektu) oraz zespołu błędnej oceny rzeczywistości (dominacja urojeń i halucynacji). Tabela 3.2. przedstawia strukturalne, funkcjonalne i neuropsychologiczne korelaty ww. zespołów schizofrenicznych⁷⁶⁵.

Tabela 3.2.

Strukturalne, funkcjonalne i neuropsychologiczne korelaty trzech zespołów schizofrenicznych (wg Liddle'a 1996)

	Zespół zubożenia psychomotorycznego	Zespół dezorganizacji	Zespół błędnej oceny rzeczywistości
Podstawowe objawy	ubóstwo mowy, spłaszczenie afektu, spowolnienie ruchowe	formalne zaburzenia myślenia o typie luźnych asocjacji wg Andreasen oraz ubóstwo treści wypowiedzi i niedostosowanie afektu	urojenia i halucynacje
Region głównego uszkodzenia mózgu	kora przedczołowa	przednia kora czołowa, okolica zakrętu obręczy	zakręt parahipokampalny lewego płata skroniowego
Przejawy strukturalnego uszkodzenia mózgu	zaburzenia cytoarchitektoniki prawej okolicy prefrontalnej	zaburzenia cytoarchitektoniki kory płatów czołowych w okolicy obręczy oraz okolicy środkowej	zmiany w cytoarchitektonice przedniej okolicy hipokampa oraz w dominującym płacie skroniowym
Przejawy funkcjonalnego uszkodzenia mózgu	zmniejszenie regionalnego przepływu krwi (rCBF) w korze przedczołowej oraz ciemieniowej	zmniejszenie rCBF w prawej brzusznej okolicy prefrontalnej, prawej wyspie oraz obu płatach ciemieniowych	Zwiększenie rCBF okolicy środkowej i przedniej lewego płata skroniowego oraz bocznej okolicy prefrontalnej (lewy płat czołowy)

⁷⁶⁵ *Ibidem*, s. 46-48.

Towarzyszące danemu zespołowi objawy neuropsychologiczne	pogorszenie zdolności planowania w teście „Tower of London”	pogorszenie umiejętności klasyfikacji bodźców	niezdolność do monitorowania ruchu gałek ocznych
---	---	--	--

6. WPŁYW NEUROLEPTYKÓW NA OBRAZ PISMA RĘCZNEGO.

Omawiając zmiany w grafizmie pisma ręcznego cierpiących na schizofrenię, nie sposób pominąć potencjalnego wpływu na stan psychofizyczny pacjentów (układ pozapiramidowy, napęd psychoruchowy i sprawność psychiczną), a w konsekwencji obraz pisma ręcznego, preparatów przeciwpsychotycznych; zarówno klasycznych neuroleptyków jak i leków przeciwpsychotycznych II generacji (tzw. neuroleptyków atypowych), powszechnie stosowanych w farmakoterapii schizofrenii. Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż w leczeniu pacjentów ze schizofrenią podaje się dodatkowo leki przeciwdepresyjne (np. fluoksetyna, paroksetyna, wenflaksyna, sertralina, citalopram, escitalopram), leki stabilizujące nastrój (np. sole litu, karbamazepina, kwas walproinowy, gabapentyna) i leki przeciwlękowe (w głównej mierze pochodne benzodiazepin, np. lorazepam, oksazepam, estazolam). Mając powyższe na uwadze, warto bliżej przyjrzeć się przedmiotowej problematyce, celem przedstawienia działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych, które potencjalnie mogą wpływać na czynność pisarską, a tym samym zaburzyć grafizm piszącego. Powyższe nabiera szczególnego znaczenia, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, iż objawy pozapiramidowe (EPS) obejmujące w szczególności parkinsonizm, akatyzje i dyskinezyje, które są działaniem ubocznym suplementacji lekami przeciwpsychotycznymi, w sposób bezpośredni mogą wpłynąć na obraz pisma ręcznego. Wynika to z upośledzenia motoryki precyzyjnej, które znajduje przełożenie w obrazie pisma ręcznego. Co więcej, w badaniach empirycznych prowadzonych przez psychiatrów, jako jedno z narzędzi diagnostycznych wykrywających wczesne objawy EPS, stosuje się również próby pisma.

Aktualnie podstawową metodą leczenia schizofrenii jest farmakoterapia, która, jak to podkreślono wielokrotnie w rozdziale I niniejszej rozprawy, nie leczy samej choroby, a jedynie służy zminimalizowaniu jej objawów. Stosowanie leków

przeciwppsychotycznych⁷⁶⁶ ma na celu w głównej mierze opanowanie objawów pozytywnych (omamów, urojeń, dezorganizacji mowy i zachowań), zaś w mniejszym stopniu objawów negatywnych (anhedonii, abulii, alogii, autyzmu, zblednięcia emocjonalnego). Leki tego typu służą również leczeniu zaburzeń zachowania, tj. agresji, wrogości, lęku, skłonności samobójczych.

Początek ery farmakologicznego leczenia schizofrenii sięga korzeniami lat 50 ubiegłego wieku, kiedy to Jean Delay i Pierre Deniker z paryskiego szpitala psychiatrycznego w Sainte-Anne opublikowali w 1952 r. wyniki badań nad chlorpromazyną, które wykazały wysoką skuteczność terapeutyczną w stosunku do ośmiu schizofreników, których wcześniej bezskutecznie poddano „klasycznej” terapii elektrowstrząsami, insuliną, etc⁷⁶⁷. Do chlorpromazyny dołączyły stopniowo następne leki, jak haloperidol, perfenazyna, flufenazyna, trifluoperazyna; wszystkie o podobnym działaniu. Leki te nazwane lekami przeciwppsychotycznymi pierwszej generacji, zmniejszały nasilenie objawów psychotycznych (omamów, urojeń, dezorganizacji mowy i zachowania) oraz ryzyko występowania nawrotów. Ich działanie opierało się przede wszystkim na blokowaniu przekąźnictwa dopaminergicznego w rejonie kory czołowej i układu limbicznego. Chlorpromazyna zapoczątkowała więc rewolucję w psychiatrii, którą bez większej przesady porównuje się do odkrycia przez Alexandra Fleminga w roku 1928 pierwszego antybiotyku - penicyliny. Warto dodać, że badania przeprowadzone przez Amerykański Instytut Zdrowia Psychicznego wykazały całkowite ustąpienie objawów u ok. 60% schizofreników leczonych neuroleptykami pierwszej generacji; u 8% nie stwierdzono poprawy lub wręcz obserwowano pogorszenie stanu⁷⁶⁸.

⁷⁶⁶ W Stanach Zjednoczonych preferuje się nazwę „leki przeciwppsychotyczne”, w Europie najczęściej nazywane „neuroleptykami”.

⁷⁶⁷ E. Shorter wykazał jednak, iż cały splendor pionierów ery psychofarmakologii, który spłynął na Delay i Denikera, nie jest do końca im jednak należny. Tak naprawdę pierwszym, który zastosował w terapii schizofrenii chlorpromazynę (pierwotna nazwa 4560 RP), był Henry Laborit, który w roku 1951 przeprowadził szerokie próby nowo zsyntezowanej fenotiazyny. Tym samym to Laborit jako pierwszy odkrył możliwości stosowania chlorpromazyny w psychiatrii; E. Shorter: *op. cit.*, s. 273-275.

⁷⁶⁸ T. S. Stroup, J. E. Kraus, S. R. Marder: *Farmakoterapia*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006, s. 309-310; E. Shorter: *op. cit.*, s. 273-280.

Kolejna era w psychofarmakoterapii schizofrenii rozpoczęła się od wprowadzenia do leczenia w roku 1990 klozapiny, pierwszego leku przeciwpsychotycznego drugiej generacji. Jednak z uwagi na liczne objawy niepożądane (w szczególności agranulocytoza), szybko opracowano nowe leki (np. olanzapina, risperidon, kwetiapina, aripiprazol, ziprasidon) o zbliżonej skuteczności do klozapiny, pozwalające jednocześnie na uniknięcie jej działań niepożądanych. Działanie atypowych neuroleptyków opiera się na antagonistycznym działaniu w stosunku do ośrodkowych receptorów serotoninergetycznych oraz stosunkowo słabym wiązaniu z receptorami dopaminowymi D₂⁷⁶⁹.

Mechanizm działania neuroleptyków drugiej generacji w zamierzeniu ma nie tylko redukować występowanie objawów negatywnych (które pozostają generalnie niewrażliwe na neuroleptyki klasyczne), lecz także minimalizować występowanie nasilonych objawów pozapiramidowych (EPS). Nadto stale wzrasta odsetek chorych, którzy nie mogą przyjmować neuroleptyków pierwszej generacji, z uwagi na powikłania, zwłaszcza neurologiczne, tj. nasilone późne dyskinezy i akatyzje, powodujące ciężkie inwalidztwo (zaburzenia połykania, niemożność ustania, chodu, wykonywania czynności takich jak ubieranie się, jedzenie, mówienie). Wielu klasycznych leków nie można również stosować u osób z chorobami krążenia, wątroby, jaskrą, etc. Zwiększa się liczba chorych z przewlekłymi psychozami, w których klasyczne leki zawodzą nawet w usuwaniu objawów pozytywnych⁷⁷⁰. Czy porównanie skuteczności terapeutycznej neuroleptyków pierwszej i drugiej generacji rzeczywiście nie pozostawia cienia wątpliwości co do przewagi tych drugich? Metaanaliza dokonana w roku 2000 przez J. Geddesa i współpracowników wskazuje rzeczywiście na umiarkowaną przewagę neuroleptyków drugiej generacji, w szczególności w aspekcie zminimalizowania ich wpływu na wystąpienie objawów pozapiramidowych. Jeśli jednak klasyczne neuroleptyki stosuje się w dawkach mniejszych niż 12 mg w przeliczeniu na równoważnik haloperidolu, to są mniej

⁷⁶⁹ T. S. Stroup, J. E. Kraus, S. R. Marder: *op. cit.*, s. 310.

⁷⁷⁰ M. Rzewuska: *Charakterystyka kliniczna neuroleptyków drugiej generacji*, [w:] *Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie*, (red.) Meder J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2007, s. 29.

więcej na równym poziomie z lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji⁷⁷¹. Rezultaty innych metaanaliz wskazują, iż neuroleptyki drugiej generacji (klozapina, amilsupride, riperidon, olanzapina) działają o wiele bardziej skutecznie - ale w terapii krótkoterminowej, jak również zapobiegają nawrotom schizofrenii w przeciągu jednego roku⁷⁷². Również skuteczność rewolucyjnej klozapiny w porównaniu z klasycznymi neuroleptykami w kontekście skuteczności przeciwpsychotycznej, nie różni się u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii (tzw. pacjentów pierwszorazowych) w początkowym okresie psychozy⁷⁷³.

W opinii autora niniejszej rozprawy, aby przedstawić w sposób jasny i przejrzysty działania niepożądane neuroleptyków, które potencjalnie wpływają na obraz pisma ręcznego, należy dokonać syntezy powikłań będących skutkiem suplementacji neuroleptykami zarówno pierwszej jak i drugiej generacji, a nie dokonywać charakterystyki klinicznej poszczególnych leków, tak powszechnie stosowanej w literaturze medycznej. Takie podejście jest konieczne i uzasadnione, z uwagi na temat niniejszej rozprawy. Nadto nie będzie to miało wpływu na ukazanie zalet nowych leków, tj. dużo rzadszych objawów neurologicznych, depresji, stłumienia, senności i apatii, jak również różnic występujących pomiędzy lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji, które różnią się między sobą zarówno mechanizmami farmakologicznymi, jak też ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych⁷⁷⁴.

⁷⁷¹ J. Geddes, N. Freemantle, P. Harrison, P. Bebbington: *Atypical antipsychotic in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis*, BMJ (British Medical Journal) Volume 321, 2000, s. 1371-1376.

⁷⁷² J. M. Davis, N. Chen, I. D. Glick: *A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generatioin Antipsychotics*, Archives of General Psychiatry 2003, Vol. 60, s. 533-564.

⁷⁷³ M. G. Woerner, D. G. Robinson, J. M. J. Alvir, B. B. Sheitman, J. A. Lieberman, J. M. Kane: *Clozapine as a First Treatment for Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 2003; 160; s. 1514-1516.

⁷⁷⁴ Pominięty zostanie temat wpływu neuroleptyków na sprawność funkcji poznawczych u chorych na schizofrenię, w uwagi na fragmentaryczność wiedzy w tej kwestii. Co prawda istnieją dane wskazujące na porównywalny i stosunkowo niewielki poziom poprawy funkcji poznawczych w przypadku monoterapii lekami przeciwpsychotycznymi, jednakże odsetek chorych na schizofrenię, którzy otrzymują ten sam lek w terapii długoterminowej jest bardzo niski. Praktyka polifarmakoterapii jest bowiem powszechna i popularna, ale niewiele wiadomo o jej wpływie na sprawność funkcji poznawczych schizofreników; W. Drózdź, A. Borkowska: *Wpływ leczenia farmakologicznego na funkcje poznawcze w schizofrenii* [w:] Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012, s. 67.

Objawy pozapiramidowe (EPS) indukowane przez leki przeciwpsychotyczne, mogą mieć charakter ostry (dystonie, parkinsonizm, akatyzyja) bądź przewlekły, w następstwie długotrwałej kuracji (akatyzyja, dyskineza, rzadziej parkinsonizm)⁷⁷⁵. Są często spotykanymi powikłaniami stosowania leków blokujących układ dopaminergiczny ośrodkowego układu nerwowego, a więc leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji. Każdy z ostrych EPS ma charakterystyczny czas wystąpienia po podaniu leku; akatyzyja pojawia się już w ciągu kilku godzin do kilku dni po podaniu, dystonia w ciągu pierwszych dni, zaś parkinsonizm w ciągu kilku dni bądź tygodni po rozpoczęciu podawania nowego leku lub zmianie dawki leku stosowanego dotychczas.

Akatyzyja to subiektywne poczucie niepokoju ruchowego, któremu towarzyszą charakterystyczne ruchy zazwyczaj kończyn dolnych bądź stóp. Chory przejawia zwiększoną aktywność ruchową (nie może usiedzieć nieruchomo, ciągle wstaje i siada, zmienia pozycję, nieustannie chodzi), lęk, rozdrażnienie i trudny do zniesienia niepokój. Nasilona akatyzyja w skrajnych przypadkach może zagrażać życiu pacjenta; nieleczona prowadzi do zachowań autodestrukcyjnych (samouszkodzeń, samobójstw) lub agresywnych. Objawy akatyzyji pojawiają się u *ca* 20-50% leczonych klasycznymi neuroleptykami, przy czym jednostkowe przypadki schorzenia zaobserwowano również u leczonych lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji (aripirazolem, risperidonem).

Parkinsonizm polekowy (pseudoparkinsonizm) przejawia się występowaniem objawów podobnych do występujących w prawdziwej chorobie Parkinsona, tj. obustronnymi drżeniami, sztywnością mięśni, zmniejszeniem częstości ruchów spontanicznych (bradykinezyja), spowolnieniem myślenia i apatią, zubożeniem ruchów (akinezyja) oraz trudnościami w utrzymaniu prawidłowej postawy ciała. Parkinsonizm stwierdzono u ok. 40% leczonych klasycznymi neuroleptykami. Stosowanie leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji wiąże

⁷⁷⁵ Inny stosowany podział to zaburzenia ruchowe hipokinetyczne (parkinsonizm polekowy) i hiperkinetyczne (dystonie, dyskinezy, akatyzyja).

się ze znacznym zmniejszeniem ryzyka wystąpienia parkinsonizmu polekowego, przy czym za najbardziej bezpieczne uważane są klozapina, kwetiapina i olanzapina.

Dystonie to bolesne, przemijające lub utrzymujące się skurcze mięśni lub zaburzenia postawy ciała, dotyczące głównie mięśni głowy, szyi, tułowia i kończyn dolnych. Objawiają się często kręczem karku, upośledzeniem połykania i zaburzeniami ruchów gałek ocznych. Tego typu reakcje pojawiają się zazwyczaj w ciągu kilku dni, a czasami w ciągu kilku minut lub godzin po suplementacji. Ich najczęstszą przyczyną jest stosowanie leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji (w szczególności haloperidolu).

Późne dyskinezy (TD - *tardive dyskinesis*) to zaburzenia ruchowe w postaci mimowolnych, powtarzających się, pozbawionych celu, hiperkinetycznych i zaburzonych ruchów ust, twarzy, języka, szyi, tułowia i kończyn, występujących wskutek długotrwałego stosowania leków psychotropowych. Ryzyko wystąpienia TD przy podawaniu neuroleptyków jest ponad dwukrotnie mniejsze aniżeli przy podawaniu neuroleptyków pierwszej generacji.

Do pozapiramidowego zaburzenia neurologicznego (EPS) należy również **złośliwy zespół neuroleptyczny** (NMS), który objawia się sztywnością całego ciała, podwyższeniem temperatury, drżeniem, lękiem, niepokojem, zaburzeniami świadomości, niestabilnością funkcji wegetatywnych, giętkością woskową i stuporem. Wysoka temperatura i sztywność mięśni może doprowadzić do rozpadu mięśni prążkowanych, a czasami śmierci. Do czynników ryzyka wystąpienia NMS zalicza się szybkie zwiększenie dawki neuroleptyku klasycznego; w przypadku leków drugiej generacji występowanie NMS jest rzadsze, niemniej ogólny wskaźnik śmiertelności nadal utrzymuje się na wysokim poziomie i wynosi 10%⁷⁷⁶.

Oprócz wyżej przedstawionych zaburzeń ruchowych, do potencjalnych działań niepożądanych neuroleptyków, które mogą wpłynąć na obraz pisma ręcznego schizofreników zaliczyć można:

⁷⁷⁶ J. Rabe-Jabłońska, T. Pawełczyk, D. Strzelecki: *Przewodnik psychofarmakoterapii. Działania niepożądane i powikłania*, Via Medica, Gdańsk 2010, s. 79-88, ; T. S. Stroup, J. E. Kraus, S. R. Marder: *op. cit.*, s. 315-317.

- **zespół antycholinergiczny**, który w zakresie ośrodkowych objawów klinicznych przejawia się zmianą stanu psychicznego - pobudzeniem i niepokojem bądź też sennością i śpiączką, zaburzeniami orientacji, mowy i widzenia, omamami, splątaniem i majaczeniem, miokloniami (zaburzeniami ruchu polegającymi na arytmicznych skurczach pojedynczych mięśni bądź grupy mięśni) oraz niezdolnością;
- **sedację (stłumienie)**, charakteryzującą się nadmierną sennością, a w konsekwencji zaburzeniami na wielu polach funkcjonowania (wydłużony czas reakcji, obniżona zdolność koncentracji uwagi, upośledzenie zdolności do przyswajania, przetwarzania i odtwarzania informacji, spowolnienie psychoruchowe);
- **napady padaczkowe** (najczęściej drgawkowe);
- **powikłania okulistyczne** w postaci niewyraźnego widzenia, nadwrażliwości na światło, a w szczególności powstania zaćmy i jaskry.

Celem przedstawienia możliwie pełnego obrazu działań niepożądanych podawania schizofrenikom leków przeciwpsychotycznych, które wpłynąć mogą na obraz pisma ręcznego chorych, autor przedstawi opracowane tabelaryczne zestawienie wyżej przedstawionych działań niepożądanych, występujących przy suplementacji wybranymi neuroleptykami⁷⁷⁷.

⁷⁷⁷ Opracowano na podstawie: J. Rabe-Jabłońska, T. Pawełczyk, D. Strzelecki: *op. cit.*, s. 32-34, 79-99, 121-133, 178-188; T. S. Stroup, J. E. Kraus, S. R. Marder: *op. cit.*, s. 313; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 253-256. Obok wskazanych działań niepożądanych neuroleptyków występuje całe spektrum powikłań, których nie poddano omówieniu uznając, iż tego typu działania niepożądane nie wywierają istotnego wpływu na obraz pisma ręcznego. Tylko dla jasności i przejrzystości wyводу warto przybliżyć te działania: zespół metaboliczny, zaburzenia gospodarki lipidowej, otyłość i nadwaga, zaburzenia związane z układem sercowo-naczyniowym (hipotonia bądź na odwrót - nadciśnienie, zapalenie mięśnia sercowego), uszkodzenie nerek i wątroby, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, zaburzenia hormonalne (zaburzenia funkcji gruczołu tarczycowego, zaburzenia wydzielania prolaktyny, zaburzenia funkcji seksualnych, zaburzenia dermatologiczne, zaburzenia czynności układu krwiotwórczego (agranulocytoza, niedokrwistość, małopłytkowość).

Tabela 3.3.

Wybrane działania niepożądane często stosowanych leków przeciwpsychotycznych

Działania niepożądane	Leki przeciwpsychotyczne I generacji		Leki przeciwpsychotyczne II generacji	
EPS ⁷⁷⁸	chlorpromazyna	+	Klozapina	0
	perfenazyna	++	Risperidon	+
	haloperidol	+++	olanzapina, kwetiapina, ziprazidon, aripiprazol	+
zespół antycholinergiczny	chlorpromazyna	++	Klozapina	++
	perfenazyna, tiorydazyna	++	Olanzapina	++
sedacja	chlorpromazyna	+++	Klozapina	+++
	tiorydazyna	+++	klozapina	++/+++
	perazyna	++	risperidon	+
	perfenazyna	+	kwetiapina	+ /+++
	haloperidol	+ /++	ziprazidon	0 /+
napady padaczkowe	chlorpromazyna i inne fenotiazyny (promazyna, tiorydazyna, perfenazyna, perazyna)	++	Klozapina	+++
			Zotepina	++
			olanzapina, kwetiapina, risperidon, aripiprazol, amisulprid	+
powikłania okulistyczne	haloperidol i inne fenotiazyny + /++		olanzapina	+++
			klozapina, ziprasidon, aripiprazol	++
			Risperidon	+
0: brak ryzyka; +: objaw o łagodnym nasileniu lub występujący okazjonalnie; ++: objaw czasem występujący, umiarkowany; +++: objaw często występujący				

⁷⁷⁸ Powszechny panujący pogląd mówi o zdecydowanej przewadze leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji nad klasycznymi w aspekcie redukcji symptomów EPS takich jak parkinsonizm i późne dyskinezy. Rezultaty ostatnich niezależnych badań przeczą powyższemu, albowiem nie ma istotnych różnic w działaniach niepożądanych i powikłaniach występujących przy leczeniu neuroleptykami pierwszej i drugiej generacji. Sugeruje się, iż do powstania poglądu o wyższości leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji przyczyniły się badania sponsorowane przez koncerny farmaceutyczne. Warto zauważyć, iż globalny rynek leków antypsychotycznych wzrósł od początku lat osiemdziesiątych XX w. 30 - krotnie, aktualnie, sięgając ok. 15 miliardów dolarów rocznie; J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 248. Metaanalizy wykonane przez poniższych autorów nie wykazały uchwytanych różnic pomiędzy ww.

Jak już wcześniej wspomniano, z uwagi na fakt, iż za pomocą leków przeciwpsychotycznych nie zawsze daje się usunąć wszystkie objawy psychopatologiczne schizofrenii, w szczególności takie jak lęk, depresja, rozchwianie nastroju, w psychofarmakoterapii tego schorzenia stosuje się często dodatkową suplementację lekami przeciwdepresyjnym, lekami stabilizującymi nastrój i lekami przeciwlękowymi. Środki te również mogą wpłynąć w sposób bezpośredni na czynność pisarską, wywołując destruktywny wpływ na obraz pisma ręcznego. Spośród wielu działań niepożądanych występujących podczas przyjmowania tego typu leków, na potrzeby niniejszej rozprawy można wyróżnić następujące:

- zespół antycholinergiczny, którego objawy kliniczne scharakteryzowano powyżej przy opisie działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych, w szczególności występujący przy leczeniu lekami przeciwdepresyjnymi m.in. amoksapiną, amitryptyliną, doksepiną i notryptyliną;
- napady padaczkowe, za wywołanie których odpowiedzialne są zarówno leki przeciwdepresyjne (w szczególności bupropion, maprotylina, amoksapina), jak i stabilizator nastroju – lit;
- powikłania okulistyczne, w szczególności jaskra, której ryzyko wystąpienia w sposób szczególny zwiększa suplementacja trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi (TCA), np. klasyczną imipraminą, amitryptyliną, doksepiną;

lekami: P. B Jones, T. R. Barnes, L. Davies, G. Dunn, H. Lloyd, K. P. Hayhurst, R. M. Murray, A. Markwick, S. W. Lewis: *Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second - vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*, Archives of General Psychiatry 2006; 63, 1079-1087; D. D. Miller, S. N. Caroff, S. M. Davis, R. A. Rosenheck, J. P. McEvoy, B. L. Saltz, S. Riggio, M. H. Chakos, M. S. Swartz, R. S. E. Keefe, J. A. Lieberman: *Extrapyramidal side-effects of antipsychotic in a randomised trial*, The British Journal of Psychiatry, 2008 October, 193 (4), 279-288; R. Rosenheck, D. Perlick, S. Bingham, W. Liu-Mares, J. Collins, S. Warren, D. Leslie, E. Allan, E. C. Campbell, S. Caroff, J. Corwin, L. Davis, R. Douyoun, L. Dunn, D. Evans, E. Frecksa, J. Grabowski, D. Graeber, L. Herz, K. Kwon, W. Lawson, F. Mena, J. Sheikh, D. Smelsn, V. Smith-Gamble: *Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial*, JAMA 2003; 290, 2693-2702; S. Leucht, K. Wahlbeck, J. Hamann, W. Kissling: *New generation antipsychotic versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis*, Lancet 2003; 361, 1581-1589.

- zespół serotoninowy, charakteryzujący się zaburzeniami świadomości, pobudzeniem, niepokojem, lękiem, drażliwością, drżeniem mięśniowym, ataksją, miokloniami i sztywnością mięśniową, występujący przy leczeniu lekami przeciwdepresyjnymi (selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny) przeciwlękowymi, np. sertralina, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, citalopramem.

Na marginesie warto również dodać o zatruciu litem, skutecznym i ważnym lekiem przeciwdepresyjnym i stabilizującym nastrój, stosowanym w leczeniu schizofrenii, którego podawanie nawet w zalecanych stężeniach terapeutycznych, powodować może spowolnienie ruchowe, zaburzenia widzenia, niezdolność ruchową, drżenie rąk, skurcze mięśniowe, wzmożone napięcie mięśniowe, stupor i stan padaczkowy⁷⁷⁹.

Po przedstawieniu potencjalnych działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych podawanych przy leczeniu schizofrenii, które dodatkowo mogą wpłynąć na zmianę obrazu pisma ręcznego schizofreników, pojawia się pytanie co do możliwości identyfikacyjnych takiego pisma. Hasse po raz pierwszy zastosował próbę pisma w ocenie stopnia tzw. impregnacji neuroleptycznej, proponując jednocześnie nazwę „próg neuroleptyczny” dla takiej dawki leku przeciwpsychotycznego, przy której następuje zmniejszenie się objawów psychopatologicznych (urojeń, omamów), a której przekroczenie skutkuje powstaniem upośledzenia ruchów precyzyjnych wyrażonych w piśmie ręcznym (tzw. pozapiramidowa modyfikacja ruchów precyzyjnych). Hasse w swoich badaniach zwrócił uwagę na pojawienie się ww. upośledzenia motoryki ruchów precyzyjnych i zmianach w piśmie ręcznym, które wyprzedzają pojawienie się wyraźnych objawów poneuroleptycznych, jako dowód osiągnięcia progu impregnacji neuroleptycznej, co jest warunkiem skuteczności terapeutycznej leku⁷⁸⁰.

⁷⁷⁹ Opracowano w oparciu o dane zawarte w: J. Rabe-Jabłońska, T. Pawełczyk, D. Strzelecki: *op. cit.*, s. 32-34, 94-99, 134-146, 178-188, 227-229.

⁷⁸⁰ H. J. Haase and P. A. J. Janssen: *The action of neuroleptic drugs*, North - Holland Publishing Company, Amsterdam 1965, cyt. za J. Pobocho: *Przydatność niektórych metod grafometrycznych w ocenie*

Również w kolejnych badaniach Haase jako pierwszy przedstawił związek pomiędzy kliniczną skutecznością neuroleptyków a występowaniem EPS, używając jako narzędzia badań pisma ręcznego. Autor zaobserwował, iż zwiększenie dawek neuroleptycznych skutkuje pojawieniem się parkinsonizmu; pismo ręczne schizofreników poddanych leczeniu lekami charakteryzuje się wolnym tempem kreślenia (co tłumaczone jest zmniejszeniem się częstotliwości ruchów spontanicznych, a więc bradykinezją) oraz zmniejszeniem wielkości pisma, przypominającym mikrografię obserwowaną u chorych na parkinsonizm⁷⁸¹.

Badania przeprowadzone w roku 1964 przez J. Goodmana na grupie dwudziestu schizofreników, których poddano leczeniu neuroleptykami pierwszej generacji (chlorpromazyna, tiorydazyna, flufenazyna), wykazały wysoce znamienne statystycznie zmniejszenie ogólnej wielkości zapisanego pola pisma w porównaniu z kontrolną grupą cierpiących na depresję, leczonych tzw. tymoleptykami (lekami przeciwdepresyjnymi, stosowanymi również w leczeniu zaburzeń lękowych)⁷⁸².

Podobne wyniki przyniosły badania przeprowadzone przez W. Knoppa, który dokonał analizy rękopisów sporządzonych przez schizofreników, poddanych przez okres 20 dni suplementacji klasycznym neuroleptykiem (trifluoperazyna) w dawkach od 5 do 30 mg na dobę, aż do chwili wystąpienia wyraźnych pozapiramidowych objawów⁷⁸³.

progu impregnacji neuroleptycznej (rozprawa doktorska). Maszynopis w zbiorach Biblioteki Głównej PAM w Szczecinie, 1973 r., s. 4.

⁷⁸¹ H. J. Hasse: *Extrapyramidal modification of fine movements: a "conditio sine qua non" of the fundamental therapeutic action of neuroleptic drugs*, Review Canadian Biology 1961 June; 20, s. 425-429. Ten tzw. syndrom Parkinsona, zanika wkrótce po odstawieniu leków. Można go też usunąć, podając leki antycholinergiczne. Mikrografia jest skutkiem podwyższonego, stale trwającego napięcia mięśniowego, jak również zmniejszonego napędu motorycznego. Te z kolei spowodowane są nadmiarem substancji cholinergiczych, występujących w połączeniach pomiędzy komórkami nerwowymi (synapsami). Gdy substancje te przekroczą pewną granicę, dochodzi do mikrografii. Podanie leków antycholinergiczych skutkuje zmniejszeniem stężenia i powiększeniem kreślonego pisma; R. M. A. Suchenwirth: *op. cit.*, s. 124-127.

⁷⁸² J. Goodman, R. W. Downing, K. Rickels: *Temporal Change in Handwriting Expansiveness in Depressed and Schizophrenic Inpatients*, Journal of Nervous & Mental Disease, July 1964, Volume 139, Issue 1, s. 53-61.

⁷⁸³ W. Knopp: *Explorations in the assessment and meaning of the subclinical extrapyramidal effect of neuroleptic drugs*, Pharmakopsychiatrie 1968; 1, s. 54-61.

Badania przeprowadzone przez J. Poboche na grupie 29 schizofreników poddanych leczeniu lekami przeciwpsychotycznymi pierwszej generacji (perazyna, fluferazyna, trifluoperazyna, perfenazyna, haloperidol) wykazały, iż wraz ze wzrostem dawek neuroleptyków, statystycznie znamienne wzrastało występowanie takich deformacji grafizmu jak: zmniejszenie pisma, zmniejszenie szerokości wyrazów, zmniejszenie przerw międzywyrazowych oraz malejąca tendencja impulsu pisma⁷⁸⁴. Kolejne badania przeprowadzone przez J. Poboche wspólnie z M. Legieniem, miały za przedmiot ustalenie, czy farmakodynamika wzrastających dawek leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji (pochodne piperazynowe fenotiazyny i haloperidol) podawanych schizofrenikom, ma wpływ na kształtowanie się zmian w piśmie. Obraz pisma ręcznego badanych ulegał stopniowemu pogorszeniu, a zmiany te obejmowały m.in. pogorszenie wyglądu zewnętrznego pisma, obniżenie jego czytelności, obniżenie stopnia impulsu, nieregularność kątów nachylenia pisma, znaczne zmniejszenie się wielkości pisma, występowanie istotnych zakłóceń topograficznych (zniekształcona linia podstawowa, linie marginesów, nieregularność odstępów między wyrazami oraz liniami), deformacje oraz zanik znaków diakrytycznych, przy czym dewiacje te nie są na tyle znaczne i na tyle istotne, aby obniżały możliwości identyfikacyjne takiego pisma⁷⁸⁵. Z pewnością badania te potwierdziły wcześniejsze doniesienia o zmniejszaniu się rozmiarów pisma wskutek suplementacji neuroleptykami. Kwestią otwartą pozostaje natomiast to, czy pozostałe zmiany grafizmu powstały wskutek samej choroby, czy też pod wpływem psychofarmakoterapii.

K. Zgryzek w toku badań pisma ręcznego schizofreników doszedł do wniosku, iż proces intensywnego leczenia neuroleptykami wywiera dodatkowy wpływ na możliwości identyfikacyjne pisma schizofreników. Co ważne, w wyniku przeprowadzonych na próbkach pisma badań weryfikacyjnych, stwierdzono analogiczne tendencje zmian w ramach poszczególnych cech pisma ręcznego schizofreników. Badając rękopisy chorych sporządzone przed zażyciem leków

⁷⁸⁴ J. Pobocho: *Przydatność niektórych metod...*, s. 47-55.

⁷⁸⁵ M. Legień, J. Pobocho: *op. cit.*, s. 169-173.

przeciwpyschotycznych oraz po ich zażyciu, zaobserwowano zmniejszenie wielkości pisma oraz oszczędniejsze gospodarowanie podłożem (zmniejszenie ogólnego pola zapisu). W przypadku pozostałych dziewięci występujących w piśmie schizofreników, nie zauważono istotnych różnic w wypowiedziach słownych badanych w okresie sprzed i po suplementacji lekami. W tym aspekcie konkluzja badań jest jednoznaczna: neuroleptyki mają wpływ na kształtowanie się obrazu cech pisma ręcznego schizofreników, jednakże wpływ ten nie jest na tyle duży, by w istotny sposób mógł zaważyć na jakości badań identyfikacyjnych⁷⁸⁶.

Wśród nowszych badań korzystających z badania pisma ręcznego jako wskaźnika występowania EPS, wyróżnić należy analizę dokonaną przez niemieckich badaczy: A. Gerkena, H. Wetzela i O. Benkerta. Poddali oni badaniu pismo ręczne schizofreników leczonych perfenazyną. Zmniejszenie pisma (mikrografię) oraz zmniejszenie ogólnej powierzchni zapisu (o wielkość ok. 13%) powszechnie uznawane za objaw EPS, zaobserwowano w większości próbek, tj. u 75% osób, wobec których występował brak działania terapeutycznego, przy 33% osób, u których zaobserwowano poprawę. Powyższe dało badaczom asumpt do postawienia tezy, iż rozmiar pisma nie jest zależny od EPS, zaś samo badanie rozmiaru pisma nie jest narzędziem właściwym do stwierdzenia EPS⁷⁸⁷.

Do zgola innych wniosków doszli naukowcy pod kierownictwem Künstlera. Używając tomografii emisji pozytronowej pojedynczej (SPET) badali oni związek pomiędzy wielkością pola zapisu pisma i receptorów D2, mogący wystąpić u schizofreników przed i po leczeniu lekami przeciwpyschotycznymi (klasycznymi: haloperidol, haloperidol decanoate oraz atypowymi: kłozapina, risperidon). Zaobserwowano wysoce istotny statystyczny związek liniowy pomiędzy receptorami D2 a redukcją powierzchni zapisanej pismem ręcznym, co świadczy o tym, iż tego typu objaw występujący w rękopisach można traktować jako kliniczny wskaźnik aktywności receptorów D2 w trakcie leczenia neuroleptykami⁷⁸⁸.

⁷⁸⁶ K. Zgryzek: *Wpływ schizofrenii na obraz...*, s. 87-89, s. 107.

⁷⁸⁷ A. Gerken, H. Wetzel, O. Benkert: *Extrapiramidal symptoms and their relationship to clinical efficacy under perphenazine treatment. A controlled prospective handwriting-test study in 22 acutely ill schizophrenic patients*, *Pharmacopsychiatry* 1991 July; 24 (4), s. 132-137.

⁷⁸⁸ U. Künstler, U. Juhnhold, W. H. Knapp, H. J. Gertz: *Positive correlation between reduction*

Rezultaty kolejnych badań U. Künstlera i współpracowników przeprowadzonych na grupie 23 pacjentów schizofrenicznych leczonych haloperidolem, haloperidolem decanoate oraz kłozapiną i risperidonem potwierdziły wcześniejsze badania, a co więcej wykazały, iż zmiany wielkości powierzchni zapisanej pismem ręcznym były niezależne od generacji neuroleptyków; zarówno klasyczne jak i atypowe wywoływały podobne objawy⁷⁸⁹.

Analiza wpływu atypowych neuroleptyków (risperidonu, aripiprazolu, kwetiapiny i olanzapiny) na powstawanie EPS, a co za tym idzie zaburzeń motoryki ręki w trakcie wykonywania czynności pisania przez schizofreników, była dwukrotnie przedmiotem eksperymentu przeprowadzonego przez zespół kierowany przez M. Caligiuriego. Ich rezultaty wykazały znaczący wzrost zaburzeń w piśmie będący rezultatem zaburzeń motoryki (np. obniżenie tempa pisania, płynności, zmniejszenie wielkości pisma). Nadto zaburzenia pisma wzrastały wraz ze zwiększeniem dawek leków. Co więcej, zaburzenia w obrazie pisma ręcznego występowały pomimo tego, iż kliniczne monitorowanie stanu pacjenta pod kątem EPS (np. za pomocą skali *Abnormal Involuntary Movement Scale* - AIMS), nie wykazywało uchwytnych objawów pozapiramidowych⁷⁹⁰. Tak więc przedmiotowe badania podkreśliły również duże znaczenie w monitorowaniu ryzyka pojawienia się EPS, jakie przypisać należy analizie pisma ręcznego pacjentów; z drugiej strony ukazały wrażliwość i wpływ stanu psychofizycznego na czynność pisania.

of handwriting area and D2 dopamine receptor occupancy during treatment with neuroleptic drugs, Psychiatry Research 1999, February 22; 90 (1): 31-39.

⁷⁸⁹ U. Künstler, K. Hodorf, R. Regenthal, A. Seese, H. J. Gertz: *Diminution of hand writing area and D2-dopamine receptor blockade. Results from treatment with typical and atypical neuroleptics*, Nervenarzt 2000 May; 71 (5), 373-379.

⁷⁹⁰ M. P. Caligiuri, H. L. Teulings, C. E. Dean, A. B. Niculescu III, J. B. Lohr: *Handwriting Movement Analyses for Monitoring Drug-Induced Motor Side Effects in Schizophrenia Patients Treated with Risperidone*, Human Movement Science, 2009 October; Volume 28 (5), s. 633-642; M. P. Caligiuri, H. - L. Teulings, Ch. E. Dean, A. B. Niculescu III, J. B. Lohr: *Handwriting Movement Kinematics for Quantifying EPS in Patients Treated with Atypical Antipsychotics*, Psychiatry Research 2010, May 15; 177 (1-2), s. 77-83.

7. PRÓBA SYNTEZY.

W czynności pisania udział biorą różnego rodzaju czynniki psychiczno-somatyczne. W trakcie jej wykonywania zaangażowany jest m.in. układ korowo-mózgowy, nerwowy, kostno-ruchowy, naczyniowy, czuciowo-zmysłowy czy miękkie struktury nawierzchni. Początkowo pisanie jest czynnością *stricte* umysłową, przeobrażającą się stopniowo wskutek procesu automatyzacji w czynność motoryczną. Elementów tych nie można od siebie oddzielić. Pismo podlega równocześnie procesowi indywidualizacji wskutek czynników psychicznych (zdolność postrzegania, zapamiętywania, odtwarzania wzorów znaków, nawyki, przyzwyczajenia, poczucie estetyki), czynników fizycznych (stan zdrowia, budowa układu kostno-mięśniowo-ruchowego) oraz warunków sytuacyjnych, w których odbywa się proces pisania. Postępujący proces automatyzacji nie oznacza jednak braku świadomości w trakcie czynności pisania; podlega ona bowiem permanentnej kontroli. Na kontrolę sprawności motorycznej w głównej mierze składa się kontrola wzrokowa, ale także dotyk. Poszczególne cechy pisma mogą się zmieniać do momentu ustalenia pisma, czyli tzw. dojrzałości pisma, tradycyjnie umiejscawianej ok. 30 roku życia. Po osiągnięciu tego etapu, cechy indywidualne pisma nie ulegają aż tak istotnym fluktuacjom jak w okresie personalizacji, niemniej grafizm wciąż jest niestały i zmienny, zależny od czynników zewnętrznych (pozycja piszącego, środek piszący, temperatura, oświetlenie, rodzaj podłoża) i wewnętrznych (różnego rodzaju zaburzenia organizmu, choroby, stany emocjonalne, zmęczenie mięśni). Niektóre z tych czynników powodują w konsekwencji głębokie zmiany w grafizmie (aż do zmian patologicznych), inne z kolei prowadzą do zmian o małej istotności dla badań identyfikacyjnych pisma. O ile czynniki zewnętrzne mają co do zasady charakter przejściowy, o tyle niektóre z czynników wewnętrznych mogą wpływać w sposób stały na grafizm. Przeprowadzono więc w ramach czynników wewnętrznych próbę klasyfikacji na czynniki powodujące zmiany o charakterze stałym i przejściowym. Autor dokonując takiego podziału kierował się przekonaniem, iż oprócz zmian stałych i odbijających się nieustannie w piśmie, możliwe jest występowanie zmian mogących ustać po wygaśnięciu przyczyny jej powodującej, np. wyleczeniu określonej choroby.

Do szczególnych czynników wewnętrznych wpływających na pojawienie się cech patologicznych w piśmie należą choroby psychiczne, w szczególności schizofrenia. Przedstawiony w niniejszym rozdziale przegląd doniesień z literatury przedmiotu w aspekcie znamion grafizmu nie pozostawia wątpliwości. Istnieją silne związki pomiędzy pismem ręcznym a patologicznym stanem psychofizycznym człowieka. Pismo ręczne, będące wyrazem ogólnego stanu psychofizycznego organizmu człowieka, jest wrażliwe na różnego rodzaju zakłócenia, w szczególności dotyczące stanu psychicznego piszącego. W konsekwencji, przez pismo patologiczne rozumieć należy pismo, w którym występują deformacje będące wynikiem pewnych zmian w obrębie organizmu człowieka, w szczególności stanu chorobowego dotykającego sfery fizycznej i psychicznej. Dewiacje w obrazie pisma ręcznego schizofreników są wieloaspektowe i dotyczą różnorodnych cech pisma, w tym m.in. zaburzeń w topografii, obniżenia czytelności, tremoru, powiększenia bądź zmniejszenia wysokości pisma, zniekształcenia konstrukcji liter, obniżenia impulsu pisma.

Zdaniem autora, nie można dokonać kwantyfikacji znamion grafizmu schizofreników, która pozwoliłaby na stworzenie zamkniętego katalogu typowych oznak grafizmu osób cierpiących na tę psychozę. Dokonany przegląd literatury wskazuje, iż rezultaty badań są niejednoznaczne, niekiedy wzajemnie wykluczające się oraz nie mające charakteru kategoriycznych. Uznać więc należy, iż różnorakie czynniki powodować mogą zbliżone bądź identyczne zmiany w grafizmie. Co więcej, słabością przytoczonych doniesień z literatury przedmiotu jest brak poprawności metodologicznej badań, tj. brak oceny statystycznej wyników oraz prowadzenie badań grafizmu bez wykorzystania grupy kontrolnej, co stwarza m.in. ryzyko, iż uzyskane w ten sposób wyniki można uzasadnić za pomocą wyjaśnień i hipotez alternatywnych.

W gruncie rzeczy niemożliwym wydaje się bezdyskusyjne, definitywne wnioskowanie o rodzaju schorzenia, które dotknęło autora rękopisu, opierając się

jedynie na analizie zewnętrznego obrazu pisma⁷⁹¹. Co oczywiście nie stoi na przeszkodzie w uznaniu, iż analiza pisma jest niezwykle pomocna w rozpoznawaniu i ustaleniu samego faktu istnienia poważnych zaburzeń psychicznych. Pismo ręczne, jako wtórne odzwierciedlenie języka pierwotnego - mowy, zdradza bowiem i ujawnia chorobę psychiczną.

Co do zasady, we wszystkich współczesnych systemach diagnostycznych schizofrenii, szczególny nacisk położony jest na występowanie zaburzeń językowych, które zalicza się do podstawowych kryteriów rozpoznania tej psychozy. W pierwszej kolejności zaburzenia językowe stanowią najczęściej podstawę do stwierdzenia zaburzeń myślenia, dezintegracji, zbaczania wypowiedzi, nielogiczności wygłaszanych sądów czy w końcu dziwaczności. W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu doniesień dotyczących patologii językowej, pojawiającej się w przebiegu schizofrenii - schizofazji. Fenomeny językowe dotyczą każdego poziomu mowy, każdej kompetencji (kognitywnej, prozodycznej, semantycznej, syntaktycznej, komunikacyjnej, za wyjątkiem kompetencji fonetycznej). Ubóstwo treści wypowiedzi lub przeciwnie - natłok mowy, perseweraacje, uskokowość, bloki w myśleniu, nielogiczność, tworzenie i używanie neologizmów, rozkojarzenie mowy, przenikanie różnych wątków i tematów realnych z urojeniowymi, czy też luźne skojarzenia - wszystkie te objawy patologii językowej są obecne w różnym stopniu i nasileniu w werbalnych wypowiedziach schizofreników, a co za tym idzie również w wypowiedziach pisemnych schizofreników. Wydaje się, iż dezorganizacja języka schizofrenicznego koresponduje z dezintegracją myślenia. Czy jednak każda osoba cierpiąca na schizofrenię przejawia w mowie objawy schizofazji? Zdaniem autora nie. Gdyby odpowiedź była twierdząca, uznać by należało zjawisko schizofazji za marker, wskaźnik psychiczny występowania schizofrenii. Nadto, co niezwykle istotne, niektórzy z pacjentów schizofrenicznych teoretycznie mogą mieć duże problemy

⁷⁹¹ Samo zaś stwierdzenie, czy mamy do czynienia z pismem patologicznym jest możliwe wówczas, gdy zaistnieje możliwość porównania go z pismem nakreślonym przed okresem chorobowym, bądź też gdy mamy do czynienia ze zmianami wysoce typowymi i charakterystycznymi dla grafizmu z odchyleniami; tak A. Klęsk: *op. cit.*, s. 51.

z procesem myślenia i mówienia, jednak wybierają milczenie. Inni z kolei mogą nie posiadać uchwytnych zaburzeń myślenia, ale są niezdolni do ekspresji i wyrażania swoich uczuć. Poza tym niektóre z syndromów schizofazji występować mogą również w wypowiedziach osób cierpiących na inne psychozy, np. depresję (ubóstwo mowy) czy też manię (natłok mowy, drobiazgowość). Inne fenomeny językowe, jak np. neologizmy czy persewacje występują również u pacjentów z organicznymi uszkodzeniami mózgu, w szczególności u afatyków. Gwoli sprawiedliwości należy jednak dodać, iż jedynie w schizofrenii fenomeny te dotyczą wszystkich poziomów wypowiedzi.

Farmakoterapia to obecnie podstawowa metoda leczenia schizofrenii. O ile opanowanie bądź co najmniej redukcja objawów wytwórczych udaje się zazwyczaj za pomocą leków przeciwpsychotycznych, o tyle często niewrażliwe na leki pozostają zaburzenia wynikające z procesu neurodegeneracji (objawy negatywne). Suplementacja atypowymi neuroleptykami, w porównaniu z klasycznymi, skutkuje brakiem lub co najmniej znacząco mniejszym występowaniem nasilonych i nieodwracalnych zespołów pozapiramidowych oraz ograniczeniem niekorzystnego wpływu na funkcje psychomotoryczne, a tym samym na obraz pisma. Leki drugiej generacji nie przewyższają generalnie skutecznością klasycznych leków w aspekcie znoszenia urojeń i omamów. Jednakże wywierają korzystny wpływ na sprawność poznawczą, zmniejszenie odsetka nawrotów choroby oraz (pomimo rozbieżnych wyników badań i metaanaliz) zmniejszenie ryzyka wystąpienia objawów EPS i objawów ubocznych neurologicznych (sztywność, drżenia, dyskinezy, zaburzenia chodu, połykania, niepokój aktywny), depresji, stłumienia, senności, obojętności i apatii. A co najistotniejsze, uznać należy, iż leki przeciwpsychotyczne stosowane w leczeniu schizofreników, pomimo oddziaływania na kształtowanie się obrazu pisma ręcznego, nie wpływają na możliwość i jakość badań identyfikacyjnych pisma ręcznego.

Rozdział IV.

Materiał badawczy

1. ZMIENNE - KILKA SŁÓW WPROWADZENIA.

Problemy badawcze są zawsze formułowane dzięki używaniu określonych pojęć, będących abstrakcjami odwzorowującymi zjawiska empiryczne. Aby przejść z poziomu pojęciowego na poziom empiryczny, pojęcia te muszą ulec transformacji w zmienne. Pojęcia są przekształcane w zmienne poprzez ich zamianę bądź przekształcenie w zbiór wartości. Tak więc zmienna to właściwość empiryczna mająca dwie lub więcej wartości; innymi słowy, jeśli o danej właściwości możemy powiedzieć, że przyjmuje różne, co najmniej dwie wartości, to mamy do czynienia ze zmienną. Zmienna, która jest przedmiotem badania, a której związku z innymi zmiennymi chce się wyjaśnić, to tzw. **zmienna zależna** (Y). Z kolei zmienne, od których ona zależy, które na nią oddziałują, określa się mianem **zmiennych niezależnych** (X) czy też **zmiennych wyjaśniających**. Zmienne niezależne z różną siłą oddziałują na zmienną zależną. Dokonując ich podziału w aspekcie siły oddziaływania na zmienną Y, wyróżnia się **zmienne niezależne główne** (X^g - najsilniej oddziałujące na zmienną zależną Y) oraz **zmienne niezależne uboczne** (X^u - oddziałujące słabiej). Obydwie te zmienne definiowane są jako **zmienne ważne** (W) dla danej zmiennej zależnej Y. Obok ww. zmiennych, w trakcie badania na zmienną zależną Y oddziałują jeszcze inne zmienne niezależne, nazywane **zmiennymi niezależnymi zakłócającymi** (Z). Mają one interferencyjny wpływ na zależność, która wiąże zmienne ważne ze zmienną zależną. Zmienne niezależne zakłócające dzielą się z kolei na nie skorelowane z aktem badania empirycznego (nie kontrolowane, których oddziaływania badacz nie może przewidzieć) oraz skorelowane z aktem badania empirycznego. Wśród tych ostatnich wyróżnić można zmienne uniwersalne i okazjonalne. Reasumując, zmienne niezależne uboczne oraz zmienne niezależne zakłócające tworzą zbiór zmiennych niezależnych istotnych dla Y⁷⁹².

⁷⁹² J. Brzeziński: *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 183-192; Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 70-71.

2. ZMIENNE W PRZEDMIOTOWYCH BADANIACH.

W badaniach będących przedmiotem niniejszej pracy, **zmienną zależną** (będącą przedmiotem badania), stanowi grafizm osób cierpiących na schizofrenię⁷⁹³. Aby zaliczyć daną osobę do grupy osób chorych na schizofrenię, jej objawy musiały spełniać kryteria diagnostyczne rozpoznania schizofrenii zgodne z klasyfikacją ICD-10, tj.:

- F20.0 schizofrenia paranoidalna,
- F20.1 schizofrenia hebefreniczna,
- F20.2 schizofrenia katatoniczna,
- F20.3 schizofrenia niezróżnicowana,
- F20.5 schizofrenia rezydualna,
- F20.6 schizofrenia prosta,
- F20.8 schizofrenia innego rodzaju,
- F20.9 schizofrenia BNO.

Zmiennymi oddziaływującymi na zmienną zależną, tj. zmiennymi niezależnymi, będą cechy pisma. **Zmienne niezależne** grupowane i klasyfikowane są w zależności od przynależności do określonej szkoły i poglądów. Najpopularniejszy system zmiennych opracowany przez J. Crépieux-Jamina, w którym szczególną rolę przypisuje się harmonii grafizmu, dzieli się na siedem rodzajów: szybkość, nacisk, kształt, kierunek, wymiar, ciągłość i porządek. Rodzaje te dzielą się z kolei na 175 gatunków⁷⁹⁴. Druga ważna szkoła to tzw. symbolizm pisma (przestrzeni), twórca której Max Pulver, wyróżnił czternaście rodzajów zmiennych. W koncepcji Pulvera istotna jest przestrzeń zajmowana przez pismo oraz poszczególne jego elementy.

⁷⁹³ Innymi słowy, wartościami zmiennej będącej przedmiotem badań (zmiennej zależnej), są rękopis schizofrenika i rękopis nieschizofrenika - osoby z grupy kontrolnej, nie przejawiającej zaburzeń psychicznych.

⁷⁹⁴ J. Crépieux-Jamin: *L'écriture et le caractère*, Paris 1960, s. 88-123 oraz tenże: *ABC de la graphologie*, Press Universitaires de France, Boulevard Saint-Germain, Paris 1973, cyt. za: T. Widła: *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1986, s. 22. Na marginesie warto dodać, iż Crépieux-Jamin przyporządkował zmiennym osiem grup charakteru człowieka, tj. wyższych bądź niższych właściwości intelektualnych, natury i zasobów inteligencji, charakteru moralnego (upodobań i uczuć), sił woli, poczucia estetyki, wieku, płci, chorób; R. Saudek: *Psychology of Handwriting*, Kessinger Publishing 2003, s. 18-19. Koncepcja Crépieux-Jamina uważana jest za bazę dla współczesnej grafologii francuskiej.

Z kolei Ludwig Klages, od którego wywodzi się większość orientacji współczesnej szkoły niemieckiej, opierając się na katalogu zbliżonym do J. Crépieux-Jamina, szczególne znaczenie przypisał poziomowi sił witalnych. U każdego człowieka poziom ten jest różny, co daje podstawę do oceny sprawności psychomotorycznej piszącego oraz różnicowania rękopisów naturalnych i nienaturalnych⁷⁹⁵. W ramach szkoły niemieckiej warto wyróżnić także Roberta Saudeka, który wyodrębnił następującą grupę zmiennych: tempo kreślenia i naturalność wykonania, ogólne rozmieszczenie odstępów w rękopisie, rozmieszczenie pisma, tendencję linii pisma, wąskość i szerokość pisma, łączenie i impuls pisma, nachylenie pisma, uproszczenia i ozdoby, nacisk pisma. Saudek dużą rolę przypisywał również ustaleniu tzw. grupy cech należącej do dominujących, które mają być niezwykle pomocne w celach interpretacyjnych pisma⁷⁹⁶.

Warto również przedstawić klasyfikacje zmiennych prezentowane w literaturze polskiej.

P. Horoszowski dokonując charakterystyki cech, które winny być brane pod uwagę w badaniach porównawczych pisma, do najczęściej stosowanych zalicza: cechy związane z topografią pisma (tzw. strona wstępna-formalna: rozmieszczenie tekstu, tytułów, dat, podpisów, obecność specyficznych znaków dodatkowych, sposób dokonywania poprawek i retusz), szerokość pisma, stopień nachylenia pisma, nadmierne wydłużanie bądź skracanie elementów nad- i podlinijnych, budowa liter, wiązanie pisma (sposób łączenia poszczególnych gramm literowych oraz liter), naciskowość (i związany z nią rytm nacisku), natężenie pisma (intensywność impulsu pisma), następstwa stawiania liter i ich znaków diakrytycznych (w tym ich usytuowanie, wysokość położenia nad literą bądź w obrębie litery, kształtów i wielkości)⁷⁹⁷.

W. Wójcik wyróżnia pięć grup zmiennych pisma ręcznego. Pierwsza grupa, tzw. typ pisma, obejmuje stopień wyrobienia pisma, jego czytelność i ogólny obraz.

⁷⁹⁵ L. Klages: *Graphologie*, Paris 1943, cyt. za: T. Widła: *Cechy płci...*, s. 23; R. Saudek: *op. cit.*, s. 23-30.

⁷⁹⁶ R. Saudek: *op. cit.*, s. 124 i następne.

⁷⁹⁷ P. Horoszowski: *Kryminalistyka*, s. 579-586. Autor podkreśla dodatkowo, iż rodzaj badań i cech podlegających badaniu, jest uzależniony od okoliczności konkretnego przypadku i decyzji eksperta pisma, opartej na dokładnej analizie dokumentu.

Druga grupa - topografia pisma, obejmuje m.in. sposób rozmieszczenia poszczególnych znaków graficznych, wyrazów i całych wierszy w ich wzajemnym układzie względem siebie, rozmieszczenie adresów, tytułów, nagłówków, podpisów, dat, szerokość marginesów i sposób wykorzystania prawej części powierzchni podłoża, sposób rozmieszczenia znaków przestankowych, przerwy między wierszami i wyrazami. W ramach trzeciej grupy - struktury pisma, badaniom poddawane jest m.in. nachylenie pisma, ogólny rozmiar liter, szerokość liter, wysokość całego wyrazu, wzajemne proporcje liter, kąty utworzone przez poszczególne elementy liter, jak również cieniowanie pisma, odzwierciedlające stopień nacisku ręki w czasie pisania. Do czwartej grupy zmiennych zalicza się budowę liter i ich elementów. Piąta grupa obejmuje wiązanie pisma, w ramach którego wyróżniamy impuls (natężenie pisma), system wiązania liter w zespoły oraz kolejność powstawania elementów⁷⁹⁸.

Z. Czeczot opisując przebieg badań identyfikacyjnych pisma ręcznego, odnosząc się do formy pisma wyodrębnił trzy grupy. Pierwsza, dotycząca rozmieszczenia tekstu (topografii), obejmuje rozmieszczenie na podłożu zasadniczego tekstu, dat, tytułów, adresów i podpisów, marginesów oraz odstępów między wyrazami i wierszami. Druga grupa - cech geometryczno-pomiarowych, obejmuje wysokość liter i ich elementów, szerokość liter i pisma, nachylenie pisma oraz wzajemne stosunki wielkości poszczególnych elementów w literach. Następna grupa to tzw. cechy opisowe, tj. cechy budowy liter i innych znaków pisarskich (formę liter, odmiany kształtów, umiejscowienie znaków diakrytycznych wraz z analizą ich kształtów i wielkości, jak również wiązanie pisma i intensywność impulsu). Jako kolejną grupę cech leżącą na pograniczu cech pomiarowych i opisowych, Z. Czeczot wyróżnił jeszcze badanie naciskowości i cieniowania⁷⁹⁹.

⁷⁹⁸ W. Wójcik: *Podstawowe problemy...*, s. 53-59.

⁷⁹⁹ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 112-116. Dodatkowo autor ten wyróżnił cechy treściowe i językowe, obejmujące rodzaj stylu (formę wysławiania się), stopień zgodności z podstawowymi warunkami dobrego stylu (tj. z poprawnością, czystością i jasnością formułowania myśli), jak również stopień zgodności z zasadami prawidłowej pisowni i prawidłowego stosowania znaków interpunkcyjnych.

Warto także zwrócić uwagę na „Katalog graficznych cech pisma ręcznego”, opracowany przez zespół ekspertów w latach 1984-1989 w ramach Jesiennej Szkoły Empirycznych Badań Pisma Ręcznego; cyklicznych spotkań, których animatorem był krakowski Instytut Ekspertyz Sądowych. Wydzielono w nim pięć podstawowych grup cech pisma, a mianowicie cechy: syntetyczne (m.in. typ pisma, stopień naturalności, klasa pisma, ogólny obraz pisma, uzupełnienia), topograficzne (m.in. marginesy, wcięcia akapitowe, układ wierszy i znaków względem siebie, kształt i kierunek linii wyrazów i wierszy, odstępy między wierszami, wyrazami i znakami), motoryczne (tempo pisania, impuls, następstwo elementów graficznych, nacisk), mierzalne (pole pisma, wielkość pisma, szerokość znaków, proporcje wysokości elementów nad- i podlinijnych do wysokości znaków śródlinijnych, nachylenie pisma), konstrukcyjne (budowa znaków, odmiany znaków, budowa wiązań, formy powtarzalne) oraz dodatkowe cechy podpisów (rodzaj podpisu, odniesienie do klasy i obrazu pisma)⁸⁰⁰.

Katalog zmiennych wykorzystywany w badaniach pismoznawczych winien być ustalony przez osobę badającą, która kieruje się w tym względzie celem badań i własnościami rozwiązywanego problemu⁸⁰¹. W kolejnym podrozdziale przedstawiono katalog zmiennych niezależnych, opracowany na potrzeby niniejszej rozprawy. W odniesieniu do zmiennych ubocznych zakłócających, należy wziąć pod uwagę wiek osób badanych, właściwości materiałów pisarskich, szybkość kreślenia i wykształcenie. W celu zminimalizowania wpływu na przebieg badań zmiennych ubocznych zakłócających, podjęto następujące kroki:

- wiek piszących: do badań wybrano osoby, których pismo znamionuje tzw. względna stabilność grafizmu, a więc w wieku 30 - 55 lat;
- wpływ materiałów pisarskich: osoby piszące rękopis kreśliły na papierze gładkim pozbawionym liniamentu, o identycznym formacie A4;
- szybkość kreślenia: wszystkie pobierane rękopisy powstawały w podobnych, naturalnych warunkach, osoby badane pisały tekst nie

⁸⁰⁰ A. Koziczak: *Metody pomiarowe...*, s. 37-44.

⁸⁰¹ T. Widła: *Cechy płci...*, s. 24.

wymagający większego namysłu, tak, aby kreślenie następowało spontanicznie, bez nienaturalnych przyspieszeń i zwolnień;

- wykształcenie - w celu zminimalizowania jego potencjalnie zakłócającego wpływu, dobór piszących do grupy kontrolnej był zbliżony do piszących z grupy badanej w aspekcie wykonywanego zawodu.

3. ZESTAWIENIE GŁÓWNYCH ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH.

Na potrzeby badań, wyróżniono cztery aspekty grafizmu: strukturę pisma, topografię, formę znaków i ciągłość. Do utworzenia zestawu zmiennych niezależnych autor wykorzystał katalog zoperacjonalizowanych zmiennych, stworzony przez T. Widłę⁸⁰². Poruszając się w tych ramach, wyodrębniono poniższy katalog głównych zmiennych niezależnych.

A. STRUKTURA PISMA

1. Nachylenie pisma:

- a. proste,
- b. prawoskośne,
- c. lewoskośne,
- d. mieszane.

2. Wysokość pisma:

- a. małe,
- b. średnie,
- c. duże.

3. Szerokość pisma:

- a. wysmukłe,
- b. równe,
- c. szerokie.

4. Długość majuskuł:

- a. przeciętne,

⁸⁰² *Ibidem*, s. 27-49.

- b. zmniejszone,
- c. zwiększone.

5. Długość trzonów nadlinijnych:

- a. przeciętne,
- b. wydłużone,
- c. zmniejszone.

6. Długość trzonów podlinijnych:

- a. przeciętne,
- b. wydłużone,
- c. zmniejszone.

B. TOPOGRAFIA PISMA.

1. Budowa wstęgi (linia podstawowa wiersza):

I. Nachylenie linii wiersza:

- a. pozioma (horyzontalna),
- b. wznosząca,
- c. opadająca,
- d. krzywizna zbieżna,
- e. krzywizna rozbieżna.

II. Kształt linii wiersza:

- a. równa,
- b. kręta,
- c. wklęsła,
- d. wypukła,
- e. ugięta na początku,
- f. ugięta na końcu.

2. Linia wyrazu:

I. Nachylenie linii wyrazu (górnej i dolnej):

- a. pozioma (horyzontalna),
- b. wznosząca,
- c. opadająca,

II. Kształt linii wyrazu (górnej i dolnej):

- a. równa,
- b. kręta,
- c. wklęsła,
- d. wypukła,
- e. ugięta na początku,
- f. ugięta na końcu.

3. Odstępy:

I. Odstępy między wyrazami:

- a. małe,
- b. przeciętne,
- c. przesadne,

II. Odstęp pomiędzy wierszami (interlinie):

- a. małe,
- b. przeciętne,
- c. przesadne.

C. FORMA ZNAKÓW.

1. Modelunek owali (osobno dla „o”, „a”, „d”):

I. Rozpoczęcie kreślenia:

- a. inicjowane lewostronnie,
- b. inicjowane prawostronnie.

II. Zakończenie kreślenia:

- a. kończone lewostronne,
- b. kończone prawostronne.

III. Otwarcie:

- a. bardzo otwarte (krenelaż),
- b. półotwarte,
- c. zamknięte,
- d. bardzo zamknięte.

2. Modelunek trzonów:

I. kształt drzewca (osobno dla „b”, „d”, „k” i „l”):

- a. laska,

- b. pętlica.

II. kształt nóżki (osobno dla „g”, „j”, „y”):

- a. laska,
- b. pętlica wrzecionowata,
- c. pętlica otwarta.

3. Modelunek poligramm (osobno dla „m”, „n” i „w”):

- a. arkadowy,
- b. girlandowy,
- c. kątowy,
- d. nitkowaty.

4. Modelunek wiązań (osobno dla m”, „n”, „w”, „y”, „p”):

- a. łącznik arkadowy,
- b. łącznik girlandowy,
- c. łącznik kątowy (prosty),
- d. brak łącznika.

5. Modelunek znaków diakrytycznych:

Dla liter „i” oraz „j” osobno:

I. Usytuowanie wobec osi litery:

- a. centralne,
- b. prawostronne,
- c. lewostronne.

II. Kształt znaku:

- a. kropka,
- b. kreska,
- c. inny.

Dla liter „l” i „t” osobno:

I. Powiązanie z trzonem:

- a. wolny,
- b. związany.

II. Kształt kreski:

- a. prosty,

- b. wygięty.

Dla litery „l”:

I. Wysokość usytuowania znaku:

- a. przecinający drzewce,
- b. nadtrzonowy.

Dla liter „ą” i „ę” osobno:

I. Modelunek:

- a. lewostronny,
- b. prawostronny,
- c. na wprost.

D. CIĄGŁOŚĆ.

1. Impuls pisma:

- a. grammovy,
- b. literowy,
- c. sylabowy,
- d. wyrazowy.

2. Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym (osobno dla „l”, „t”, „ą”, „ę”):

- a. przerwa,
- b. brak przerwy.

4. CHARAKTERYSTYKA ZMIENNYCH.

1. Nachylenie pisma.

W zależności od kąta nachylenia osi liter w stosunku do linii podstawowej wyrazu, wyróżnia się pismo proste (wertykalne), prawoskośne i lewoskośne. W ramach nachylenia pisma wyodrębniamy wiele zmiennych. Różnice występujące między autorami publikacji pismoznawczych wynikają z faktu przynależności do różnych szkół i orientacji grafologicznych. Na potrzeby niniejszej rozprawy wyróżniono cztery podstawowe zmienne. Przyjęto, iż **pismo proste** to takie, którego osie liter usytuowane są wobec linii podstawowej pod kątem 85-95°. **Pismo**

prawoskośne jest nachylone pod kątem mniejszym od 85°, zaś pismo **lewoskośne** charakteryzuje się nachyleniem osi liter pod kątem ponad 95°. Natomiast w przypadku, gdy w tekście znajdują się litery usytuowane pod różnymi kątami w stosunku do linii podstawowej, uznawano, iż mamy do czynienia z **pismem mieszanym**.

2. Wysokość pisma.

Miarą wielkości pisma jest wysokość wstęgi wiersza, zwanej także strefą środkową (pasmem środkowym). Strefę tą tworzą minuskuly śródlinijne oraz korpusy nad- i podlinijnych minuskuł. W niniejszych badaniach wyróżniono pismo **małe** (do 2 mm), **średnie** (od 2 do 4 mm) oraz **duże** (powyżej 4 mm).

3. Szerokość pisma.

Za wskaźnik szerokości pisma przyjęto szerokość litery owalnej „a” oraz „o”. Szerokość pisma jest opisywana za pomocą trzech zmiennych: pismo **wysmukłe** (szerokość litery owalnej jest mniejsza od wysokości), **równe** (tak samo szerokie, co i wysokie) oraz **szerokie** (szersze aniżeli wyższe).

4. Długość majuskuł (liter dużych).

Wzorce elementarzowe wskazują, iż długość wielkich liter winna stanowić podwojenie pasma środkowego. W konsekwencji, długość majuskuł opisywano za pomocą trzech zmiennych: **majuskuły przeciętne** (gdy mierzone od bazy do wierzchołka stanowią podwojenie pasma środkowego), **majuskuły zmniejszone** (jeżeli ww. długość jest mniejsza) oraz **majuskuły zwiększone** (jeżeli przedmiotowa długość została przekroczona). Badaniom poddano literę „P”.

5. Długość trzonów nadlinijnych.

Przez długość pasma górnego, zwanego także elementami nadlinijnymi, strefą górną lub drzewcami, rozumieć należy długość liter o trzonach nadlinijnych, mierzonych od podstawy do szczytu. Według polskiego wzorca elementarzowego, długość drzewca powinna być podwojeniem wysokości strefy środkowej; innymi słowy strefa górna powinna być równa rozmiarem elementowi śródlinijnemu. Mając powyższe na uwadze przyjęto, że pismo takie traktowane będzie jako **przeciętne**. Jeżeli długość drzewca, mierzona od podstawy do szczytu była mniejsza niż dwa

razy wzięta wysokość pasma środkowego, pismo takie uznawano za **zmniejszone**; jeżeli zaś wielkość ta była większa, pismo nazywano **wydłużonym**. Badaniami objęto długość liter „b”, „d” i „k”.

6. Długość trzonów podlinijnych.

Przez długość elementów podlinijnych, zwanych też pasmem dolnym, nóżkami bądź strefą dolną, rozumieć należy długość liter o trzonach podlinijnych, mierzonych od wierzchołka do końca litery. Polski wzorzec elementarzewy przewiduje, iż część podlinijna winna być równa śródlinijnej. Powyższe przyjęto za wyznacznik, klasyfikując taką długość elementów podlinijnych jako **przeciętną**. Jeżeli nóżki nie osiągały tego rozmiaru uznawano je za **skrócone**; jeżeli rozmiar ten przekraczały, traktowane były jako **wydłużone**. Badaniami objęto literę „y” i „p”.

7. Budowa wstęgi (linia podstawowa wiersza).

Linia podstawowa to linia łącząca najniższy punkt pierwszej grammy początkowego słowa z najniższym punktem ostatniej grammy końcowego słowa. Wstęga została opisana za pomocą dwóch grup zmiennych. Do pierwszej grupy - **nachylenia linii wiersza**, zaliczono wiersz **poziomy** (linia wiersza jest prostopadła do lewej krawędzi kartki), **wznoszący** (koniec linii kieruje się do górnej krawędzi kartki), **opadający** (koniec linii zbliża się do dolnej krawędzi kartki) oraz dwie zmienne mieszane: **krzywiznę zbieżną** (końce linii wierszy zbliżają się do siebie) i **krzywiznę rozbieżną** (końce linii wierszy oddalają się od siebie). W drugiej grupie zmiennych, opisującej **kształt linii wiersza**, wyróżniono następujące zmienne: **równą** (podstawy wszystkich liter znajdują się na linii prostej), **krętą** (jeżeli linia podstawowa przypomina falę), **wklęsłą** (w miarę regularny łuk z największym ugięciem w części centralnej), **wypukłą** (regularny łuk z największym wygięciem w środku wiersza) oraz **ugiętą na końcu lub początku wiersza**.

8. Linia wyrazu.

W badaniach wyróżniono **górną i dolną linię wyrazu**. Dolna linia wyrazu to linia przeprowadzona przez dwa punkty: pierwszy, znajdujący się na podstawie pierwszej litery wyrazu oraz drugi znajdujący się na podstawie ostatniej litery wyrazu. Górna linia wyrazu to linia przeprowadzona przez dwa punkty: pierwszy,

znajdujący się na pierwszej minuskule śródlinijnej lub korpusie nadlinijnych (lub podlinijnych) oraz drugi znajdujący się na ostatniej minuskule śródlinijnej lub korpusie nadlinijnych (podlinijnych).

Linia wyrazu (zarówno górna jak i dolna) opisana została za pomocą dwóch grup zmiennych. Do pierwszej, zwanej **kształtem linii wyrazu**, zaliczono linie: **równą, krętą, wklęsłą, wypukłą** oraz **ugiętą na początku lub na końcu**. Linia wyrazu przyjmuje kształt **równy**, jeżeli podstawy (wierzchołki minuskuły śródlinijnej lub korpusu nadlinijnych lub podlinijnych) wszystkich liter znajdują się na linii prostej. **Kręta** linia podstawowa wyrazu to taka, gdzie podstawy liter połączonych linią przyjmują kształt nieregularny. **Wklęsła** linia wyrazu przyjmuje w części centralnej kształt łuku ugiętego do dołu. Przy wypukłym kształcie linii wyrazu, linia jest wygięta do góry. Linia wyrazu **ugięta na początku lub ugięta na końcu** charakteryzuje się ugięciem, które przypada odpowiednio na część początkową lub końcową wyrazu.

Druga grupa to **nachylenie (tendencja) linii wyrazu**, którą opisano jako **linię poziomą, wznoszącą** bądź **opadającą**. Przy badaniu tej zmiennej, za odnośnik przyjęto lewą krawędź kartki. Jeżeli linia jest prostopadła do krawędzi kartki, mamy do czynienia z **linią poziomą**. Jeżeli koniec linii zbliża się do górnej krawędzi kartki, opisywano ją jako **wznoszącą**. Jeśli koniec linii zbliża się do dolnej krawędzi kartki, opisywano ją jako **opadającą**.

9. Odstępy.

Wyróżniono dwie grupy zmiennych: **odstępy pomiędzy wyrazami** oraz **odstępy pionowe (interlinie)**.

Przy badaniu **odstępów międzywyrazowych** pomijano łączniki, jako odstęp uznając odległość pomiędzy ostatnim pionowym elementem ostatniej litery wyrazu, a pierwszym elementem pionowym pierwszej litery kolejnego wyrazu. Jeżeli odległość ta nie przekraczała 1,5 szerokości pisma, odstępy takie traktowano jako **małe** (zmniejszone). Jeśli odległość ta mieściła się w granicach 1,51 - 2,0 szerokości, uznawano je za **przeciętne**; z kolei, gdy wielkość ta była powiększona, odstępy opisywano jako **przesadne**.

Przy badaniu **odstępów międzywierszowych** wyróżniono pismo o odstępach: **małych** (gdy odstęp między pasmami śródlinijnymi jest mniejszy niż podwójna wysokość korpusów), **przeciętnych** (gdy odległość ta była równa podwójnej wysokości pasma środkowego) oraz **przesadnych** (gdy przedmiotowa odległość była większa).

10. Modelunek owali.

Przez modelunek owali rozumie się rozmieszczenie punktów rozpoczęcia i zakończenia kreślenia owali. Wyróżniono osobno trzy grupy zmiennych, opisujące **rozpoczęcie i zakończenie modelunku** oraz **otwarcie pisma**. **Rozmieszczenie punktów rozpoczęcia i zakończenia kreślenia** owali może być lewostronne, centralne i prawostronne, przy czym do prawostronnego rozpoczęcia kreślenia owalu wliczono rozpoczęcie centralne, natomiast centralne zakończenie kreślenia zaliczono do zakończenia lewostronnego. Badaniami objęto owale liter „o”, „a” i „d”.

W celu opisania **otwarcia owalu**, wyróżniono następujące zmienne: **pismo bardzo otwarte** (krenelaż), **pismo półotwarte**, **pismo zamknięte** i **bardzo zamknięte**. Pismo o lewostronnym rozmieszczeniu punktów rozpoczęcia i centralnym zakończeniem kreślenia oraz o centralnym położeniu punktu inicjacji i prawostronnym zakończeniu, a więc z pozostawieniem wolnej przestrzeni, to **pismo półotwarte**. Skrajną postacią pisma otwartego (tzw. **krenelaż owali**), jest pismo o lewostronnej inicjacji i prawostronnym zakończeniu. **Pismo zamknięte** charakteryzuje się stykaniem punktów rozpoczęcia i zakończenia kreślenia owali. **Pismo bardzo zamknięte** to takie, kiedy, punkty rozpoczęcia i zakończenia kreślenia owalu nachodzą na siebie, co przejawia się centralną inicjacją i lewostronnym zakończeniem, prawostronną inicjacją i centralnym lub lewostronnym zakończeniem.

11. Modelunek trzonów.

Trzon to element nadlinijny lub podlinijny litery. Polski wzorzec elementarzewy przewiduje, że modelunek drzewc (nadlinijnych), powinien przybierać formę laski (prostej kreski). W toku indywidualizacji pisma następuje częste odchodzenie od tej formy na rzecz pętlicy, która umożliwia zwiększenie

tempa kreślenia. Uznano, że modelunek drzewc będzie opisywany za pomocą dwóch zmiennych: **laski** i **pętlicy**. Badaniami objęto litery „b”, „d”, „k”, i „l”.

Dla trzonów podlinijnych, zwanych nóżkami, wyuczoną postacią jest pętlica **wrzecionowata** (zamknięta). Niemniej trzon podlinijny może również przybrać kształt **pętlicy otwartej** - nóżka jest zagięta, ale nie tworzy przestrzeni zamkniętej. Obok wyróżnienia tych dwóch zmiennych, w modelunku trzonów podlinijnych, wyróżniono także **laskę**. Badaniami objęto osobno litery „j” i „y”.

12. Modelunek poligramm.

Poligrammy to litery powstałe z powielania takich samych gramm, a więc są to litery „m”, „n”, i „w”. Zaakcentowanie łuków naturalnych i zastąpienie kątów łukami daje w konsekwencji **pismo arkadowe** lub **girlandowe**. Tak więc modelunek jest arkadowy, jeżeli grammy przybierają kształt łuku skierowanego wygięciem do góry; jeżeli grammy przybierają kształt łuku, ale skierowanego do dołu, wówczas powstaje modelunek girlandowy. Jeżeli naturalne łuki i krągłości są zastępowane kątami, mamy do czynienia z **pismem kątowym**. Wyróżniamy również **pismo nitkowate**, o dukcie nieregularnym, przypominającym pofałdowaną nitkę. Wyuczoną postacią poligramm są arkady dla „m” i „n” oraz girlandy dla „w”. W toku personalizacji obserwujemy odchodzenie od wzorców elementarzystycznych, spowodowane potrzebą szybszego, wydajniejszego pisanie. Poligrammy opisywano wyróżniając spośród nich **arkadę**, **girlandę**, **ostrokąt** oraz **nitkę**. Półką uznawano za formę arkady. W badaniach ograniczono się do analizy modelunku poligramm „m”, „w” i „n”.

13. Modelunek wiązań (łączników).

Łączniki to elementy, które łączą litery w wyraz. Dzielą się one na wejściowe (na początku litery), w których dominuje ruch wstępujący oraz wyjściowe (na końcu litery), modelowane zstępująco. Wzorzec elementarzystyczny przewiduje arkadowy (górnolukowy) łącznik wejściowy i girlandowy (dolnolukowy) łącznik wyjściowy. Badaniami objęto łączniki liter „m”, „n”, „w”, „y”, „p”.

W literach „m”, „n”, „w” badano **łączniki wejściowe** i **wyjściowe**, w literze „y” badano **łącznik wejściowy**, a w literze „p” **łącznik wyjściowy**. Wyróżniono

łączniki arkadowe (górnolukowe), **girlandowe** (dolnołukowe) i **kątowe** (łącznik ma kształt kreski); zdarza się również **porzucanie łącznika**.

14. Modelunek znaków diakrytycznych.

Badaniami objęto znaki diakrytyczne liter „i”, „j”, „l”, „t”, „ą” i „ę”. Znaki diakrytyczne to kropki w literach „i”, „j”, kreski w literach „l”, „t” oraz wężyki (sedijki) w literach „ą” i „ę”.

Dla znaków diakrytycznych „i”, „j” wyróżniono dwie grupy zmiennych: **usytuowanie wobec osi litery** (centralne, prawostronne lub lewostronne) oraz **kształt znaku** (kropka, kreska, inny).

Dla znaków diakrytycznych liter „l” i „t” wyróżniono dwie grupy zmiennych: **powiązanie z trzonem** (wolny - przerwa w kreśleniu, bądź związany - brak przerwy) oraz **kształt kreski** (prosty lub wygięty - z krągłościami). Dodatkowo, dla litery „l” wyróżniono jeszcze zmienną opisującą wysokość usytuowania znaku. I tak wyróżniono usytuowanie **nadtrzonowe** (znak umieszczony nad trzonem) oraz **przecinające drzewce**.

Z kolei dla znaków diakrytycznych „ą” i „ę” wyróżniono **modelunek w kierunku lewostronnym, prawostronnym** (zgodny z wzorcem) oraz **na wprost** (bez określonego kierunku).

15. Ciągłość.

W zależności od tego ile znaków pisarskich zostało nakreślonych bez oderwania środka pisarskiego od podłoża, wyróżnia się **impuls grammovy, literowy, sylabowy** oraz **wyrazowy**. Jest on wyznacznikiem ciągłości pisma i sprawności pisarskiej. Jeżeli oderwanie środka pisarskiego następuje po nakreśleniu grammy, a tym samym fragmenty liter powstają z osobnego przyłożenia środka pisarskiego, mamy do czynienia z **impulsem grammowym**. Jeżeli narzędzie pisarskie zostanie oderwane po napisaniu litery – **impuls jest literowy**, nawet jeśli jednym pociągnięciem ręki była kreślona dana litera i pierwsza gramma następnej litery, np. jej łącznik wejściowy. Gdy jednym pociągnięciem ręki zostaną napisane 2 - 3 litery i ewentualnie najbliższe grammy sąsiednich liter, mamy do czynienia z **impulsem sylabowym**. Jeżeli oderwanie środka pisarskiego następuje po

napisaniu 4 i więcej liter, uznawano, iż jest to grafizm o impulsie wyrazowym. Osobno badaniami objęto **przerwę lub jej brak** przy kreśleniu liter opatrzonych znakiem diakrytycznym („ł”, „t”, „ą”, „ę”).

5. PRÓBK I PROBANC I.

A. Pobieranie próbek pisma.

Do badań dobrano dwie grupy po 30 osób każda. W grupie chorych badaniami objęto próby pisma pochodzące od osób z rozpoznaną schizofrenią, które spełniały kryteria behawioralne schizofrenii ICD-10⁸⁰³. Wszyscy probanci biorący udział w eksperymencie byli od dłuższego czasu leczeni psychiatrycznie oraz przyjmowali leki neuroleptyczne od co najmniej pięciu lat. Materiał badawczy został pobrany w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie – Oddział Opiekuńczo-Lecznicy⁸⁰⁴ oraz w Stowarzyszeniu Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „Rodzina” w Szczecinie⁸⁰⁵.

Przy pobieraniu rękopisów od obydwu grup, starano się wszystkim probantom zapewnić podobne, komfortowe warunki pisarskie. Tak więc próby pisma zostały pobrane w odosobnionym, naturalnie oświetlonym pomieszczeniu, z dala od zgiełku i dostępu osób trzecich. Probanci znajdowali się w wygodnej pozycji pisarskiej i posiadali możliwość wyboru środka piszącego. Rękopis kreślony był na papierze gładkim, bez liniamentu, o formacie A4. Przed rozpoczęciem kreślenia próbek, probantom wręczono kwestionariusze, celem podania podstawowych wiadomości o sobie, tj. wieku, płci, wykształcenia oraz zawodu

⁸⁰³ Zgodnie z Rozdziałem V ICD-10 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*: F20.0 - schizofrenia paranoidalna, F20.6 - schizofrenia prosta, F20.3 - schizofrenia nieodróżnicowana.

⁸⁰⁴ Na Oddziale Opiekuńczo-Lecznicy przebywają pacjenci kierowani z oddziałów psychiatrycznych SPS ZOZ „Zdroje” po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych. Celem dalszej hospitalizacji jest kontynuacja leczenia, rehabilitacji i opieki nad chorymi niezdolnymi do samodzielnej egzystencji w środowisku domowym.

⁸⁰⁵ Stowarzyszenie zajmuje się szeroko pojętą rehabilitacją osób chorych psychiczenie, m.in. poprzez wspieranie i umożliwianie rozwoju indywidualnych zdolności i aktywności społeczno – zawodowej oraz organizowanie „warsztatów zdrowia” z udziałem specjalistów z dziedziny psychiatrii, psychologii i pedagogiki.

wykonywanego⁸⁰⁶. Czas pisania był oczywiście nielimitowany. Powyższe działania miały na celu zminimalizowanie ryzyka pojawienia się fluktuacji pod wpływem czynników zewnętrznych oraz zmierzały do zapobieżenia oddziaływania na przebieg badania zmiennych zakłócających.

Od każdej z osób pobrano rękopis z tym samym tekstem (co do zasady nie wymagającym większego namysłu) - „Mazurka Dąbrowskiego”:

„Jeszcze Polska nie zginęła, kiedy my żyjemy. Co nam obca przemoc wzięła, szabłą odbierzemy. Marsz, marsz Dąbrowski, z ziemi włoskiej do Polski. Za twoim przewodem złączym się z narodem. Przejdziem Wisłę, przejdziem Wartę, będziemy Polakami. Dał nam przykład Bonaparte, jak zwyciężać mamy”.

Ten fragment hymnu jest (a przynajmniej powinien być) powszechnie znany. Jednakże ze względu na specyfikę przeprowadzanych badań, jak również stosunkowo często spotykaną nieznajomość drugiej zwrotki hymnu, każdemu z badanych wręczono kartkę papieru formatu A4 bez liniamentu, z przedmiotowym tekstem w formie wydruku komputerowego, z propozycją jego przeczytania przed podjęciem czynności pisania. Tekst ten napisany był w sposób ciągły, od lewej do prawej krawędzi kartki. Probandci mogli zadaną treść pisać według swojego uznania z pamięci, bądź też korzystać z otrzymanego wzoru. Podkreślić należy, iż zdecydowana większość piszących z grupy badanej prosiła o dyktowanie tekstu.

Badając wypowiedzi na piśmie chorych, należało rozróżnić aspekt neurologiczny i psychiatryczny. Aby więc umożliwić analizę pisma w aspekcie psychiatrycznym, proszono probantów z grupy badanej o napisanie swobodnej wypowiedzi na dowolny temat. Analiza samodzielnej wypowiedzi miała na celu uchwycenie zmian psychicznych w postaci zaburzeń w wydawaniu sądów i wniosków, szczególnie nastawień urojeniowych. W większości przypadków pacjenci podchodzili z pewną rezerwą do perspektywy nakreślenia samodzielnego tekstu.

⁸⁰⁶ Powyższe miało również na celu tzw. „rozpisanie” probantów. Wszelkie dane, podawane przez piszących z grupy badawczej, były weryfikowane i konfrontowane z informacjami zawartymi w dokumentacji lekarskiej i kartotekach szpitalnych.

B. Opis grupy badanej.

Zarówno w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie – Oddział Opiekuńczo-Lecznicy, jak i w Stowarzyszeniu Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „Rodzina” w Szczecinie, udało się wyselekcjonować pacjentów schizofrenicznych w określonym wieku, tj. od 30 do 50 lat w przypadku kobiet oraz od 30 do 55 lat w przypadku mężczyzn. Wszyscy probanci posiadali usystematyzowane objawy oraz stanowcze rozpoznanie kliniczne schizofrenii, dokonane przez lekarzy psychiatrów. Probandi, zgodnie z Rozdziałem V klasyfikacji ICD-10, posiadali następujące rozpoznanie: 17 osób - schizofrenia paranoidalna (F20.0), 11 osób - schizofrenia prosta (F20.6), 2 osoby - schizofrenia nieodróżnicowana (F20.3).

W toku badań zebrano materiał badawczy pochodzący od 31 osób; 16 prób pochodziło od mężczyzn, a 15 od kobiet. Tak zebrany materiał został poddany analizie. W konsekwencji odrzucono 1 próbę pochodzącą od mężczyzny, z uwagi na fakt, iż pisał on pismem na kształt druku. Tak więc zebrany materiał badawczy stanowi 30 próbek pisma pochodzących od 15 mężczyzn i 15 kobiet.

Średnia wieku probantów w całej grupie badanej wyniosła ok. 44 lat (dokładnie 44,6). Wśród kobiet, w chwili pobierania próbek, średnia wieku wynosiła *ca* 45 lat (45, 6). Najmłodsza probantka ukończyła 31 rok życia, zaś cztery najstarsze - 50 lat. Z kolei w grupie mężczyzn, średnia wieku wynosiła *ca* 43 lata (43,6). Najmłodsza osoba ukończyła 30 lat, zaś trzy najstarsze - 55 lat.

W grupie badanej tylko jedna osoba posiadała wyższe wykształcenie (kobieta). Wykształcenie średnie posiadało 18 probantów, zaś zasadnicze zawodowe - 11.

Przy uwzględnianiu zawodu wykonywanego przez probantów, brano pod uwagę zawód wykonywany w okresie jednego roku przed pierwszą hospitalizacją. I tak 4 osoby były sprzedawcami, 3 osoby kierowcami, po dwie osoby były muzykami, ekonomistami, ogrodnikami, technikami chemii, mechanikami maszyn okrętowych. Pozostałe zawody wykonywane to hydraulik, szewc, technolog żywienia, ślusarz, krawcowa, sprzątaczką, fakturzystką, kucharz, technolog obuwnictwa, cieśla, murarz, technik mechanik, technik automatyk.

C. Opis grupy kontrolnej.

Celem dokonania badań komparatystycznych znamion grafizmu schizofreników, dokonano zebrania materiału badawczego od grupy kontrolnej, która składała się z 30 osób zdrowych, nie korzystających nigdy z pomocy psychiatrycznej czy też psychologicznej, jak również nie zdradzających uchwytnych zaburzeń psychicznych. Założono, iż dobór do grupy kontrolnej musi być zbliżony do grupy badanej pod względem płci, wieku oraz wykształcenia.

Biorąc pod uwagę przedstawione parametry, zebrano materiał porównawczy od 30 osób (15 kobiet i 15 mężczyzn). Tak zebrana grupa kontrolna jest zbliżona do grupy badanej pod względem wieku. Próby pochodzą od osób z każdego poziomu wykształcenia. Występuje tyle samo kobiet i mężczyzn, co w grupie badanej. Średnia wieku probantów w całej grupie kontrolnej wyniosła ok. 45 lat (dokładnie 45,03). Wśród kobiet, w chwili pobierania próbek, średnia wieku wynosiła *ca* 43 lata (42, 86). Najmłodsza probantka ukończyła 30 rok życia, zaś trzy najstarsze - 50 lat. Z kolei w grupie mężczyzn, średnia wieku wynosiła *ca* 47 lat (47,2). Najmłodsza osoba ukończyła 30 lat, zaś trzy najstarsze - 55 lat. W grupie kontrolnej pięć osób posiadało wyższe wykształcenie. Wykształcenie średnie posiadało 13 probantów, zaś zasadnicze zawodowe - 12.

D. Tabelaryczne zestawienie probantów.

Tabela nr 4.1.

Dane osób ze schizofrenią, biorących udział w badaniu.

L.p.	Wiek	Płeć	Wykształcenie	Zawód wykonywany	Rozpoznanie (zgodnie z ICD-10)
1.	55	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	technolog obuwnictwa	F20.6
2.	55	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	cieśla	F20.0
3.	51	mężczyzna	średnie	kierowca	F20.6
4.	29	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	hydraulik	F20.6
5.	37	mężczyzna	średnie	muzyk wiolonczelista	F20.6
6.	50	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	szewc	F20.3
7.	46	mężczyzna	średnie	muzyk	F20.3
8.	30	mężczyzna	średnie	technolog żywienia zbiorowego	F20.6

9.	55	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	mechanik maszyn okrętowych	F20.0
10.	51	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	murarz	F20.0
11.	39	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	ślusarz	F20.6
12.	45	mężczyzna	średnie	technik chemik	F20.0
13.	34	mężczyzna	średnie	technik mechanik	F20.0
14.	48	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	mechanik maszyn okrętowych	F20.0
15.	43	mężczyzna	średnie	kierowca	F20.0
16.	45	kobieta	średnie	technik chemii	F20.0
17.	50	kobieta	średnie	ogrodnik	F20.0
18.	45	kobieta	zasadnicze zawodowe	sprzedawca	F20.0
19.	50	kobieta	średnie	technik automatyk	F20.6
20.	50	kobieta	zasadnicze zawodowe	sprzedawca	F20.6
21.	50	kobieta	zasadnicze zawodowe	sprzedawca	F20.0
22.	37	kobieta	zasadnicze zawodowe	kucharz	F20.0
23.	44	kobieta	średnie	fakturzystka	F20.0
24.	41	kobieta	wyższe	ekonomista	F20.6
25.	50	kobieta	zasadnicze zawodowe	kierowca wózków widłowych	F20.6
26.	46	kobieta	zasadnicze zawodowe	sprzątaczką	F20.0
27.	31	kobieta	średnie	sprzedawca	F20.0
28.	47	kobieta	zasadnicze zawodowe	krawcowa	F20.6
29.	48	kobieta	zasadnicze zawodowe	ogrodnik	F20.0
30.	50	kobieta	średnie	ekonomista	F20.0

Tabela nr 4.2

Dane osób zdrowych psychicznie, biorących udział w badaniu.

L.p.	Wiek	Płeć	Wykształcenie	Zawód wykonywany
1.	55	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	elektromonter
2.	53	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	elektryk
3.	51	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	elektromechanik
4.	52	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	elektryk
5.	50	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	konserwator urządzeń dźwigowych
6.	50	mężczyzna	średnie	ślusarz
7.	47	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	konserwator dźwigów
8.	45	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	konserwator
9.	30	mężczyzna	średnie	technik chemii
10.	45	mężczyzna	wyższe	ekonomista
11.	35	mężczyzna	średnie	urzędnik

12.	44	mężczyzna	średnie	urzędnik
13.	52	mężczyzna	średnie	własna działalność
14.	45	mężczyzna	średnie	specjalista ds. ubezpieczeń
15.	54	mężczyzna	zasadnicze zawodowe	marynarz
16.	50	kobieta	zasadnicze zawodowe	magazynier
17.	34	kobieta	wyższe	ekonomista
18.	48	kobieta	średnie	urzędnik
19.	30	kobieta	średnie	pracownik biurowy
20.	40	kobieta	średnie	ekonomista
21.	52	kobieta	zasadnicze zawodowe	specjalista ds. operacji pieniężnych
22.	50	kobieta	średnie	ekonomista
23.	47	kobieta	średnie	fakturzystka
24.	50	kobieta	wyższe	urzędnik
25.	38	kobieta	zasadnicze zawodowe	sprzedawca
26.	39	kobieta	średnie	ekonomista
27.	38	kobieta	wyższe	nauczyciel
28.	34	kobieta	wyższe	urzędnik
29.	48	kobieta	zasadnicze zawodowe	przedszkolanka
30.	45	kobieta	średnie	asystentka

Rozdział V.

Badania

1. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ.

Znalezienie odpowiedzi na fundamentalne pytanie o cechy znamienne pisma osób cierpiących na schizofrenię, jest możliwe po przeprowadzeniu stosownych badań empirycznych. Innymi słowy, należy przeprowadzić badania empiryczne zgodnie z wybranym modelem badawczym, celem sprawdzenia hipotezy badawczej. Cechy, które rękopisom osobniczym nadają postać charakterystyczną i istotnie częściej występują w rękopisach schizofreników aniżeli osób zdrowych, będą stanowić graficzne cechy schizofreników. Taki sposób postępowania, tj. w pierwszej kolejności sformułowanie teorii a następnie przeprowadzenie badań empirycznych, nazywany jest **strategią teorii przed badaniami**⁸⁰⁷.

Wyróżnia się trzy podstawowe modele badawcze, tj. model eksperymentalny, model wielokrotnej regresji (zwany też modelem korelacyjnym bądź też modelem wielokrotnej regresji/korelacji, w których wyklucza się manipulację zmiennymi niezależnymi) oraz model *ex post facto*. Nie zawsze możliwe jest używanie w badaniach mocniejszego modelu eksperymentalnego, zakładającego manipulację co najmniej jedną zmienną niezależną i dokonywanie pomiaru zmienności zmiennej zależnej Y. Wiele problemów badawczych nie nadaje się bowiem do badań eksperymentalnych; również specyfika niektórych zmiennych nie pozwala na manipulowanie nimi. Nie sposób np. manipulować taką zmienną niezależną jak nawyk pisarski. Powyższe nie oznacza jednak, iż niektóre ważne kwestie badawcze pozostają bez odpowiedzi. W takich przypadkach znajdzie bowiem zastosowanie inna metoda uzasadniania hipotez naukowych, która jest modelem co prawda słabszym od modelu eksperymentalnego, ale pozwalającym na rozwiązanie wielu problemów badawczych; jest to metoda retrospektywna *ex post facto* (EPF). W modelu *ex post facto* usiłuje się zidentyfikować się nieznaną zmienną niezależną X, które spowodowały, że zmienna zależna Y przyjęła określone wartości. Ponieważ zmienna niezależna zadziałała już, więc jedyne co badacz może zrobić, to próba

⁸⁰⁷ Strategię tę, w sposób najbardziej systematyczny, opracował Karl Popper, który twierdził, iż wiedza naukowa czyni największe postępy, gdy naukowcy tworzą idee, a następnie posługując się badaniami empirycznymi, starają się je odrzucić; Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *op. cit.*, s. 62.

identyfikacji drogą analizy *ex post*. Można więc powiedzieć, iż model ten stanowi odwrócenie modelu eksperymentalnego.

W niniejszym przypadku, według modelu *ex post facto*, podjęta zostanie próba ustalenia, jakie zmienne niezależne są istotne dla wyróżnionej zmiennej zależnej, tj. jakie zmienne pisma ręcznego nadają grafizmowi postać charakterystyczną dla osób cierpiących na schizofrenię. Dodać należy, iż charakter postawionego pytania determinuje rozwiązanie problemu według procedury EPF.

Aby rozwiązać powyższy problem istotnościowy za pomocą badania typu *ex post facto*, badacz powinien wykonać poniższe kroki, składające się na plan badawczy⁸⁰⁸.

1. Dokonać operacjonalizacji zmiennej zależnej Y oraz dobrać co najmniej dwie grupy porównawcze, różniące się wartościami, jakie przybiera zmienna zależna.

Zmienną zależną będącą przedmiotem niniejszych badań jest grafizm schizofreników⁸⁰⁹. Badaniom zostaną poddane dwie grupy - osób ze schizofrenią oraz osób zdrowych. Tak więc porównywane będą dwie grupy: grupa eksperymentalna i grupa kontrolna. Tworząc grupę kontrolną badacz kontroluje większość czynników związanych z planem badawczym, które mogłyby wpłynąć zakłócająco na trafność badań. Pozwala to na wyprowadzenie wniosków o zależnościach przyczynowo-skutkowych, a także umożliwia zbadanie, czy zmienna niezależna rzeczywiście spowodowała zmiany zmiennej zależnej. W tym miejscu należy przeprowadzić krytykę planów badawczych nie mających grupy kontrolnej. W planach nie uwzględniających grup porównawczych, znacznie wzrasta ryzyko popełnienia błędu przy wyprowadzaniu wniosków przyczynowo-skutkowych. Nie stosuje się tu także metod statystyki wielozmiennej (kategoryzowanie krzyżowe, regresja wielokrotna, analiza ścieżek) jako substytutu grupy kontrolnej. Istnieje również ryzyko, iż wyniki uzyskane

⁸⁰⁸ J. Brzeziński: *Metodologia...*, s. 431-442.

⁸⁰⁹ Zatem zmienna zależna Y jest zdychotomizowana.

w oparciu o plan badawczy bez grupy kontrolnej można uzasadnić za pomocą wyjaśnień i hipotez alternatywnych. W konsekwencji plany te są bardzo słabe zarówno pod kątem trafności wewnętrznej, jak i zewnętrznej⁸¹⁰, jak również nie pozwalają na wyprowadzanie wniosków przyczynowo-skutkowych⁸¹¹.

2. Określić populację, na której będą prowadzone badania, czyli *de facto* ustalić zakres generalizowalności wniosków z badań.

Charakter niniejszych badań nie pozwala na losowe przyporządkowanie osób badanych do porównywanych grup; nie można bowiem losowo przyporządkować osób z ogólnej populacji do grupy badanej. W pozostałym zakresie (a więc poza kryterium: chory na schizofrenię - zdrowy psychicznie), grupy eksperymentalna i kontrolna składały się z osób badanych tak dobranych, aby różniły się tylko w niewielkim stopniu co do wartości, jakie przyjmują dla nich zmienne kontrolowane (płeć, wiek, wykształcenie). W ten sposób eliminowana jest potencjalna hipoteza, że te właśnie czynniki mogły odpowiadać za różnice wyników otrzymane w następstwie przeprowadzonych badań. Tak więc w przeprowadzonych badaniach (według procedury *EPF*), z konieczności dokonano wyboru określonych jednostek do badań, czyli zastosowano tzw. dobór celowy. Zwrócić należy uwagę na fakt, iż wnioski dotyczące zależności przyczynowo-skutkowych determinowanych przez zmienną niezależną, są szczególnie narażone na błędy w przypadkach, w których nie można zastosować procedury randomizacji, aby przyporządkować osoby badane do porównywanych grup, o których wiadomo, że różnią się pod względem istotnych cech. Jeżeli więc w wyniku przeprowadzenia badań empirycznych ustalone zostaną zmienne niezależne istotne dla zmiennej zależnej *Y* (czyli

⁸¹⁰ Trafność wewnętrzna jest warunkiem nieodzownym, bez spełnienia którego wyniki badań nie mogą być interpretowane. Wyraża się poprzez pytanie, czy zmienna niezależna rzeczywiście zadziałała na zmienną zależną. Trafność zewnętrzna dotyczy reprezentacyjności (generalizowalności) uzyskanego wyniku badań; J. Brzeziński: *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984, s. 65-67.

⁸¹¹ Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *op. cit.*, s. 116-118, 162-165.

cechy bezwzględnie różnicujące grafizmy schizofreników i osób zdrowych), to dotyczyć to będzie wyłącznie danej próby i rezultaty nie będą reprezentacyjne dla całej populacji schizofreników, albowiem probanci dobrani do grupy eksperymentalnej mogą nieadekwatnie odzwierciedlać strukturę chorych na psychozę schizofreniczną. Próby generalizowalności uzyskanych w toku niniejszych badań wyników, obarczone byłyby tzw. błędem indywidualizmu, powstającym wówczas, gdy wnioski dotyczące grup czy też określonej części populacji, są bezpośrednio wyprowadzane z danych otrzymywanych dla pewnej grupy jednostek⁸¹².

3. Pobrać materiały do badań, co umożliwi zidentyfikowanie potencjalnych zmiennych niezależnych istotnych dla zmiennej zależnej.

Rękopisy będące przedmiotem niniejszych badań, pobierano od probantów w obydwu grupach w podobnych warunkach, zapewniając komfortowe warunki pisarskie (odosobnione, naturalnie oświetlone, ciche i zamknięte pomieszczenia). Takie postępowanie miało zapewnić minimalizację ryzyka pojawienia się fluktuacji będących następstwem czynników zewnętrznych⁸¹³. Wartości zmiennych ujmowano poprzez wskaźniki definicyjne; rodziny zmiennych powstawały z wyczerpującego wyliczenia, cechującego się rozłącznością i zupełnością (np. linia podstawowa wiersza: pozioma, wznosząca, opadająca, krzywizna zbieżna, krzywizna rozbieżna). Następnie zmienne te znominalizowano, zaś uzyskane w drodze pomiarów wyniki opisywano przy pomocy skali wyrazistości (np. pismo wysmukłe, równe i szerokie). Uzyskane wyniki będą umożliwiały określenie stopnia istotności dla danej zmiennej zależnej zidentyfikowanych *post factum* zmiennych niezależnych⁸¹⁴.

⁸¹² J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 65-66, 94, 135-136; Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *op. cit.*, s. 70, 147-148.

⁸¹³ Szerzej procedurę pobierania rękopisów w grupie eksperymentalnej i badawczej opisano w Rozdziale IV pkt 5. *Próbki i probanci*.

⁸¹⁴ J. Brzeziński: *Metodologia...*, s. 434-435.

4. Dokonać analizy danych, której celem jest wyszukanie potencjalnych zmiennych niezależnych (X) istotnych dla zmiennej zależnej (Y). Za takie uznaje się w pierwszej fazie te zmienne, które przyjmują różne wartości w porównywalnych grupach, przy czym różnice te muszą być dostatecznie duże.

Celem tego etapu badań jest wyszukanie potencjalnych zmiennych niezależnych istotnych dla zmiennej zależnej Y. Za takie uznaje się te zmienne niezależne, które przyjmują różne wartości w grupie eksperymentalnej i grupie kontrolnej, przy czym różnica wartości musi być dostatecznie duża, by można określoną zmienną uznać za potencjalnie istotną dla Y. Prawidłową ocenę ważności zmiennych niezależnych powinno przeprowadzać się poprzez analizę tablic czteropolowych 2×2 . Najodpowiedniejszym wskaźnikiem istotności danej zmiennej niezależnej jest współczynnik „Q” Kendalla. Istotność „Q” na danym poziomie istotności α testowana jest za pomocą testu „chi²”. Hipoteza zerowa o braku związku pomiędzy daną zmienną niezależną X i zmienną zależną Y jest odrzucana, jeżeli obliczona statystyka „chi²” jest większa lub co najmniej równa wartości krytycznej χ^2 przy jednym stopniu swobody ($df=1$)⁸¹⁵.

5. Dokonać selekcji zmiennych, które przeszły test opisany w pkt 4. Zmienne te mają dostatecznie wysokie wskaźniki siły związku ze zmienną zależną (Y), niemniej należy wychwycić te zmienne niezależne, które weszły w pozorne związki ze zmienną zależną.

Danego związku nie należy traktować jako związku pozornego, jeżeli nie istnieje taka trzecia zmienna, za pomocą której można by ten związek wyjaśnić. Podkreślić należy, iż jeżeli kontrolowane są efekty oddziaływania wszystkich istotnych zmiennych i oryginalny związek między dwiema

⁸¹⁵ J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 94-95.

zmiennymi zostaje utrzymany, to związek ten nie jest związkiem pozornym⁸¹⁶.

6. Po wyeliminowaniu zmiennych niezależnych wchodzących w związki pozorne ze zmienną zależną, dokonać analizy, której rezultatem jest określenie zmiennych należących do obrazu przestrzeni zmiennych istotnych dla zmiennej zależnej Y.

Ewentualne wyeliminowanie zmiennych niezależnych wchodzących w związki pozorne ze zmienną zależną Y, pozwala na ostateczne określenie, które ze zmiennych niezależnych X należy do $O(P_Y)$ - obrazu przestrzeni zmiennych istotnych dla zmiennej Y. Na tym etapie następuje decydująca ocena istotności zmiennych uznanych wstępnie za takie na podstawie wysokich wartości współczynnika „Q”. Innymi słowy, do $O(P_Y)$ wchodzi te zmienne, których wskaźniki różnicowania wyróżnionych grup badawczych przekraczają określony wskaźnik siły związku między zmiennymi „Q” Kendalla, którego istotność została poddana testowi za pomocą testu „chi kwadrat”, przy $df=1$ ⁸¹⁷.

7. Dokonać uporządkowania zmiennych niezależnych według wysokości wskaźnika różnicowania.

Zmienne niezależne o najwyższych współczynnikach „Q” Kendalla uznaje się za hipotetyczne zmienne niezależne główne. W efekcie stosowania powyższych zabiegów otrzymuje się obraz struktury przestrzeni zmiennej Y⁸¹⁸.

Jak to określono wyżej, w procedurze EPF za zmienne niezależne istotne uważa się te, które ze zmienną zależną są odpowiednio silnie związane. Do określenia, czy między określonymi zmiennymi istnieje związek (współzależność, korelacja), niezbędne jest zastosowanie testu statystycznego. Badania statystyczne mają więc udzielić odpowiedzi na pytanie, jakie jest

⁸¹⁶ Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *op. cit.*, s. 119-120.

⁸¹⁷ J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 95-96; J. Brzeziński: *Metodologia...*, s. 438.

⁸¹⁸ J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 96.

prawdopodobieństwo, że wykryty w badanym zbiorze układ danych powstał w wyniku działania czynnika losowego.

W niniejszych badaniach testowana będzie hipoteza (zwaną hipotezą zerową) o braku związku między zmiennymi, tj. pomiędzy psychozą schizofreniczną a występowaniem danej zmiennej. W konsekwencji hipoteza zerowa to założenie, że zmienna niezależna nie ma żadnego wpływu na zmienną zależną. Odrzucając przy pomocy testu statystycznego hipotezę zerową stwierdzić można jednocześnie, iż istnieje związek statystyczny pomiędzy zmiennymi. Nic jednak nadal nie wiadomo na temat siły tego związku i metod jej pomiaru. W statystyce dokonuje się powyższego przy pomocy standaryzowanych mierników. Przyjmują one maksymalną wartość 1,0 jeżeli związek jest całkowity, zaś minimalną 0 lub -1,0 gdy związku nie ma, czyli gdy zmienne są niezależne. W przedmiotowych badaniach zastosowano miernik natężenia siły związku „Q” Kendalla, który stosowany jest jedynie do tablic czteropolowych. Ustalenie siły związku jest szczególnie ważne w przypadku bardzo małej próby. Im mniejsza jest próba, tym silniejszy musi być bowiem związek, aby jego istnienie można było uznać za istotny statystycznie⁸¹⁹.

2. PRZEBIEG BADAŃ.

Przeprowadzone badania miały na celu ustalenie istnienia określonej zmiennej w grupie badanej i w grupie kontrolnej. W trakcie badań mierzalnych cech pisma posługiwano się instrumentami pomiarowymi. Do pomiarów wielkości i odstępów stosowano cyrkiel, zaś nachylenia badano przy pomocy kątomierza do badań pismoznawczych. Pomocniczo, przy badaniu formy znaków, posługiwano się przyrządem optycznym powiększającym. Z uwagi na fakt, iż grafizm osobniczy cechuje jedynie względna stabilność (tzw. zmienność intraindywidualna), zgodnie

⁸¹⁹ H. M. Blalock: *Statystyka dla socjologów*, PWN, Warszawa 1975, s. 255-261; J. J. Shaughnessy, E. B. Zechmeister, J. S. Zeichmeister: *Metody badawcze w psychologii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 258.

z regułą dominanty za znamioną dla grafizmu piszącego uznawano wielkość (formę) przeważającą w analizowanej próbie⁸²⁰.

Dla każdej podgrupy i poszczególnej zmiennej podlegającej badaniu sporządzona została tabela pomocnicza, w której odnotowywano metodą zapisu dwójkowego (jedyńki, zera) obecność lub nieobecność danej zmiennej podlegającej badaniu. Przyjęty układ tabelaryczny pozwalał na sumowanie częstości występowania badanej zmiennej w podgrupie. W następnej kolejności uzyskane wyniki dla każdej grupy zmiennych zapisywano we właściwej tablicy czteropolowej 2×2 (zgodnie z poniższym wzorcem), wartość miernika „Q” i testu „chi²”, poziom istotności a także częstość występowania zmiennej w całym przebadanym materiale (w procentach i w liczbach bezwzględnych) .

	S - grupa badana	Z - grupa kontrolna	
A	a	b	a + b
B	c	d	c + d
	a + c	b + d	N

S - grupa badana (osoby cierpiące na schizofrenię),

Z - grupa kontrolna (osoby zdrowe),

A - liczba przypadków odnotowania obecności określonej zmiennej w materiale poddanym badaniu,

B - liczba przypadków odnotowania nieobecności określonej zmiennej w materiale badanym,

a - liczba przypadków obecności danej zmiennej w rękopisach schizofreników,

b - liczba przypadków obecności danej zmiennej w rękopisach osób z grupy kontrolnej,

c - liczba przypadków nieobecności danej zmiennej w rękopisach osób z grupy badanej,

d - liczba przypadków nieobecności danej zmiennej w rękopisach osób z grupy kontrolnej,

a+d, a+c - sumy brzegowe,

N - wielkość próby.

Siłę związku poszczególnych zmiennych pisma ze zmienną zależną (graficznymi cechami, nadającymi rękopisom postać charakterystyczną, typową dla

⁸²⁰ T. Widła: *Cechy pisma w rękopisach młodzieży*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław 2002, s. 130.

schizofreników), mierzono za pomocą współczynnika korelacji „Q” Kendalla, według poniższego wzoru⁸²¹:

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$

Istotność takiego związku mierzono testem „chi²”, zgodnie ze wzorem:

$$\chi^2 = \frac{N(ad - bc)^2}{(a + c)(b + d)(a + b)(c + d)}$$

Tak więc odrzuca się hipotezę o braku związku pomiędzy zmienną zależną i daną zmienną niezależną, jeśli otrzymana statystyka „chi²” jest większa lub co najmniej równa krytycznej „chi” przy *df* (stopniach swobody), które dla tablicy czteropolowej równe jest 1.

Powyższe wymagało określenia, jakie wartości „Q” i „chi²” należy uznać za wartości krytyczne. Zgodnie z wytycznymi metodologii nauk, wartości te ustala sam badacz, kierując się w tym względzie taki czynnikami jak wielkość próby, moc testu, etc. W konsekwencji, autor do cech związanych z obrazem pisma schizofreników zaliczył zmienne, dla których wartość „Q” nie była mniejsza aniżeli 0,5. Jako wartość krytyczną przyjęto poziom $\alpha = 0,05$ ⁸²². Przyjęcie takiego poziomu nie ogranicza liczby wstępnie potwierdzonych hipotez o związku zmiennych z występowaniem cech charakterystycznych dla schizofrenika u piszącego; z drugiej zaś strony ogranicza możliwości błędnych wyborów. Wartości krytyczne odczytywano z tablic statystycznych⁸²³.

3. TABELY WYNIKÓW.

⁸²¹ Wzory na „Q” oraz „chi²” zostały zaczerpnięte z: H. M. Blalock: *op. cit.*, s. 247, 260; J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 95; G. A. Ferguson, Y. Takane: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 243-244.

⁸²² Stąd też wartością krytyczną dla „chi²” będzie wynik 3,841, stanowiący dolną granicę dla 0,05. Z kolei wartość 0,5 dla „Q” jest uznawana w statystyce za granicę silnej korelacji; A. Góralski: *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii*, Wyd. PWN, Warszawa 1976, s. 34. Nadto podkreśla się, iż poziom istotności należy wybrać przed rozpoczęciem eksperymentu, a nie po dokonaniu statystycznej analizy, co pozwala uniknąć pokusy manipulacji i zastosowania takiego poziomu istotności, który np. pozwoliłby na rozszerzenie możliwości odrzucenia hipotezy zerowej; J. J. Shaughnessy, E. B. Zechmeister, J. S. Zeichmeister: *op. cit.*, s. 259.

⁸²³ R. Zieliński, W. Zieliński: *Tablice statystyczne*, PWN, Warszawa 1990, s. 22-24.

A. STRUKTURA PISMA.

Tabela 5.1. Nachylenie pisma

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Pismo proste	11	14	25	41,67
2.	Pismo prawoskośne	16	10	26	43,33
3.	Pismo lewoskośne	0	2	2	3,33
4.	Pismo mieszane	3	4	7	11,67

Pismo proste	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	14	25
Nieobecność zmiennej	19	16	35
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,12$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,19$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Pismo prawoskośne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	16	14	25
Nieobecność zmiennej	19	16	35
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,39$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,24$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Pismo lewoskośne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	2	2
Nieobecność zmiennej	30	28	58
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,2$			

Pismo mieszane	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	4	7
Nieobecność zmiennej	27	26	53
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,16$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,16$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,3$			

Tabela 5.2. Wysokość pisma

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Pismo małe	6	4	10	16,67
2.	Pismo średnie	20	23	43	71,67
3.	Pismo duże	4	3	7	11,66

Pismo małe	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	4	10
Nieobecność zmiennej	24	26	50
Suma	30	30	60

Wartość $Q \Rightarrow 0,24$ Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,48$ Poziom istotności $\Rightarrow 0,5$

Pismo średnie	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	20	23	43
Nieobecność zmiennej	10	7	17
Suma	30	30	60

Wartość $Q \Rightarrow -0,24$ Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,738$ Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$

Pismo duże	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	3	7
Nieobecność zmiennej	26	27	53
Suma	30	30	60

Wartość $Q \Rightarrow 0,16$ Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,16$ Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$

Tabela 5.3. Szerokość pisma

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Pismo wysmukłe	15	6	21	35,00
2.	Pismo równe	7	12	19	31,67
3.	Pismo szerokie	8	12	20	33,33

Pismo wysmukłe	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	15	6	21
Nieobecność zmiennej	15	24	39
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,6$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 5,93$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,025$			

Pismo równe	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	7	12	19
Nieobecność zmiennej	23	18	41
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,37$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,92$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,2$			

Pismo szerokie	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	12	20
Nieobecność zmiennej	22	18	40
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,29$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,2$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,3$			

Tabela 5.4. Długość majuskuł

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Majuskuły przeciętne	6	10	16	26,67
2.	Majuskuły zmniejszone	0	1	1	1,66
3.	Majuskuły zwiększone	24	19	43	71,67

Majuskuły przeciętne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	10	16
Nieobecność zmiennej	24	20	44
Suma	30	30	60
Wartość Q $\Rightarrow -0,33$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,36$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,3$			

Majuskuły zmniejszone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość Q $\Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			

Majuskuły zwiększone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	24	19	43
Nieobecność zmiennej	6	1	17
Suma	30	30	60
Wartość Q $\Rightarrow 0,40$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,05$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,2$			

Tabela 5.5. Długość trzonów nadlinijnych

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Trzony nadlinijne przeciętne	6	7	13	21,67
2.	Trzony nadlinijne wydłużone	14	14	28	46,66
3.	Trzony nadlinijne zmniejszone	10	9	19	31,67

Trzony nadlinijne przeciętne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	7	13
Nieobecność zmiennej	24	23	47
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,10$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,10$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			

Trzony nadlinijne wydłużone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	14	28
Nieobecność zmiennej	16	16	32
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Trzony nadlinijne zmniejszone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	9	19
Nieobecność zmiennej	20	21	41
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,08$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,08$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,8$			

Tabela 5.6. Długość trzonów podlinijnych

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Trzony podlinijne przeciętne	3	1	4	6,67
2.	Trzony podlinijne wydłużone	26	29	55	91,67
3.	Trzony podlinijne zmniejszone	1	0	1	1,66

Trzony podlinijne przeciętne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	1	4
Nieobecność zmiennej	27	29	56
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,53$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			
Trzony podlinijne wydłużone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	26	29	55
Nieobecność zmiennej	4	1	5
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,63$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,96$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,2$			
Trzony podlinijne zmniejszone	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			

B. TOPOGRAFIA PISMA.

Tabela 5.7. Nachylenie linii wiersza

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Linia wiersza pozioma (horyzontalna)	3	4	7	11,68
2.	Linia wiersza wznosząca	13	13	26	43,33
3.	Linia wiersza opadająca	11	13	24	40,00
4.	Krzywizna zbieżna	1	0	1	1,66
5.	Krzywizna rozbieżna	2	0	2	3,33

Linia wiersza pozioma (horyzontalna)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	4	7
Nieobecność zmiennej	27	26	53
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,16$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,16$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Linia wiersza wznosząca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	13	26
Nieobecność zmiennej	17	17	34
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Linia wiersza opadająca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	19	24
Nieobecność zmiennej	19	17	36
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,14$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,28$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,6$			

Krzywizna zbieżna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			

Krzywizna rozbieżna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	0	2
Nieobecność zmiennej	28	30	58
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,2$			

Tabela 5.8. Kształt linii wiersza.

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Linia wiersza równa	1	0	1	1,66
2.	Linia wiersza kręta	22	17	39	65,00
2	Linia wiersza wklęsła	2	7	9	15,00
4.	Linia wiersza wypukła	4	5	9	15,00
5.	Linia wiersza ugięta na początku	0	0	0	0
6.	Linia wiersza ugięta na końcu	1	1	2	3,34

Linia wiersza równa	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Linia wiersza kręta	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	22	17	39
Nieobecność zmiennej	8	13	21
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,36$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,83$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Linia wiersza wkłęśła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	7	9
Nieobecność zmiennej	28	23	51
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,62$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 3,27$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

Linia wiersza wypukła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	5	9
Nieobecność zmiennej	26	25	51
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,13$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,13$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,8$			

Linia wiersza ugięta na początku	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Linia wiersza ugięta na końcu	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	1	2
Nieobecność zmiennej	29	29	28
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.9. Nachylenie górnej linii wyrazu

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Linia wyrazu pozioma (horyzontalna)	5	3	8	13,33
2.	Linia wyrazu wznosząca	13	10	23	38,33
3.	Linia wyrazu opadająca	12	17	29	48,34

Górna linia wyrazu pozioma (horyzontalna)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	3	8
Nieobecność zmiennej	25	27	52
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,29$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,58$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Górna linia wyrazu wznosząca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	10	23
Nieobecność zmiennej	17	20	37
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,21$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,63$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Górna linia wyrazu opadająca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	17	29
Nieobecność zmiennej	18	13	31
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,32$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,67$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Tabela 5.10. Nachylenie dolnej linii wyrazu

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Linia wiersza pozioma (horyzontalna)	4	7	11	18,33
2.	Linia wiersza wznosząca	14	11	25	41,67
3.	Linia wiersza opadająca	12	12	24	40,00

Dolna linia wyrazu pozioma (horyzontalna)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	7	11
Nieobecność zmiennej	26	23	49
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,33$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Dolna linia wyrazu wznosząca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	11	25
Nieobecność zmiennej	16	19	35
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,20$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,62$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Dolna linia wyrazu opadająca	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	12	24
Nieobecność zmiennej	18	18	36
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.11. Kształt górnej linii wyrazu

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Linia wyrazu równa	4	4	8	13,33
2.	Linia wyrazu kręta	25	24	49	81,67
3.	Linia wyrazu wklęsła	0	1	1	1,66
4.	Linia wyrazu wypukła	1	1	2	3,34
5.	Linia wyrazu ugięta na początku	0	0	0	0,00
6.	Linia wyrazu ugięta na końcu	0	0	0	0,00

Górna linia wyrazu równa	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	4	8
Nieobecność zmiennej	26	26	52
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Górna linia wyrazu kręta	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	25	24	49
Nieobecność zmiennej	5	6	11
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,11$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,11$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Górna linia wyrazu wklęsła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Górna linia wyrazu wypukła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	1	2
Nieobecność zmiennej	29	29	58
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Górna linia wyrazu ugięta na początku	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Górna linia wyrazu ugięta na końcu	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	0
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.12. Kształt dolnej linii wyrazu

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Linia wyrazu równa	7	15	22	36,67
2.	Linia wyrazu kręta	22	11	33	55,00
3.	Linia wyrazu wklęsła	0	0	0	0,00
4.	Linia wyrazu wypukła	1	4	5	8,33
5.	Linia wyrazu ugięta na początku	0	0	0	0,00
6.	Linia wyrazu ugięta na końcu	0	0	0	0,00

Dolna linia wyrazu równa	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	7	15	22
Nieobecność zmiennej	23	15	38
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,53$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 4,59$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,05$			

Dolna linia wyrazu kręta	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	22	11	33
Nieobecność zmiennej	8	19	27
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,65$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 8,15$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,005$			

Dolna linia wyrazu wklęsła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Dolna linia wyrazu wypukła	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	4	5
Nieobecność zmiennej	29	26	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,63$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,96$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Dolna linia wyrazu ugięta na początku	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Dolna linia wyrazu ugięta na końcu	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.13. Odstępy między wyrazami

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Małe	3	4	7	11,67
2.	Przeciętne	13	14	27	45,00
3.	Przesadne	14	12	26	43,33

Odstępy między wyrazami małe	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	4	7
Nieobecność zmiennej	27	26	53
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,16$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,16$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Odstępy między wyrazami przeciętne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	14	27
Nieobecność zmiennej	17	16	33
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,8$			

Odstępy między wyrazami przesadne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	12	26
Nieobecność zmiennej	16	18	34
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,14$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,27$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Tabela 5.14. Odstępy między wierszami

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Małe	2	1	3	5,00
2.	Przeciętne	4	6	10	16,67
3.	Przesadne	24	23	47	78,33

Odstępy między wierszami małe	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	1	3
Nieobecność zmiennej	28	29	57
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,35			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,35			
Poziom istotności \Rightarrow 0,6			

Odstępy między wierszami przeciętne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	6	10
Nieobecność zmiennej	26	24	50
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,24			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,48			
Poziom istotności \Rightarrow 0,50			

Odstępy między wierszami przesadne	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	24	23	47
Nieobecność zmiennej	6	7	13
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,10			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,10			
Poziom istotności \Rightarrow 0,8			

C. FORMA ZNAKÓW.**15. Modelunek owali „a”****Tabela 5.15.1. Rozpoczęcie kreślenia owalu „a”**

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	24	22	46	76,67
2.	Prawostronne	6	8	14	23,33

Modelunek owali „a” (rozpoczęcie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	24	22	46
Nieobecność zmiennej	6	8	14
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,19			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,37			
Poziom istotności \Rightarrow 0,60			

Modelunek owali „a” (rozpoczęcie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	8	14
Nieobecność zmiennej	24	22	46
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,19			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,37			
Poziom istotności \Rightarrow 0,60			

Tabela 5.15.2. Zakończenie kreślenia owalu „a”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	24	21	45	75,00
2.	Prawostronne	6	9	15	25,00

Modelunek owali „a” (zakończenie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	24	21	45
Nieobecność zmiennej	6	9	15
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,8$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek owali „a” (zakończenie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	9	15
Nieobecność zmiennej	24	21	45
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,8$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Tabela 5.15.3. Otwarcie owalu „a”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				I. bezwzględna	%
1.	Krenelaż	0	1	1	1,66
2.	Półotwarte	2	5	7	11,67
3.	Zamknięte	26	23	49	81,67
4.	Bardzo zamknięte	2	1	3	5,00

Otwarcie owalu „a” krenelaż	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Otwarcie owalu „a” - pismo półotwarte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	5	7
Nieobecność zmiennej	28	25	53
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,47$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,46$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,30$			

Otwarcie owalu „a” - pismo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	26	23	49
Nieobecność zmiennej	4	7	11
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,33$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Otwarcie owalu „a” - pismo bardzo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	1	3
Nieobecność zmiennej	28	29	57
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,35$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,35$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,6$			

16. Modelunek owali „d”.

Tabela 5.16.1. Rozpoczęcie kreślenia owalu „d”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				I. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	19	24	43	71,67
2.	Prawostronne	11	6	17	28,33

Modelunek owali „d” (rozpoczęcie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	19	24	43
Nieobecność zmiennej	11	6	17
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,40			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 2,05			
Poziom istotności \Rightarrow 0,20			

Modelunek owali „d” (rozpoczęcie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	6	17
Nieobecność zmiennej	19	24	43
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,40			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 2,05			
Poziom istotności \Rightarrow 0,20			

Tabela 5.16.2. Zakończenie kreślenia owalu „d”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	20	21	41	68,33
2.	Prawostronne	10	9	19	31,67

Modelunek owali „d” (zakończenie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	20	21	41
Nieobecność zmiennej	10	9	19
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,08			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,08			
Poziom istotności \Rightarrow 0,80			

Modelunek owali „d” (zakończenie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	9	19
Nieobecność zmiennej	20	21	41
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,08$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,08$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Tabela 5.16.3. Otwarcie owalu „d”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Krenelaż	1	0	1	1,66
2.	Półotwarte	9	8	17	28,33
3.	Zamknięte	20	20	40	66,67
4.	Bardzo zamknięte	0	2	2	3,34

Otwarcie owalu „d” - Krenelaż	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Otwarcie owalu „d” - pismo półotwarte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	8	17
Nieobecność zmiennej	21	22	43
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,08$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,08$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,8$			

Otwarcie owalu „d” – pismo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	20	20	40
Nieobecność zmiennej	10	10	20
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Otwarcie owalu „d” – pismo bardzo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	2	2
Nieobecność zmiennej	30	28	58
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

17. Modelunek owali „o”.

Tabela 5.17.1. Rozpoczęcie kreślenia owalu „o”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	25	29	54	90,00
2.	Prawostronne	5	1	6	10,00

Modelunek owali „o” (rozpoczęcie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	25	29	54
Nieobecność zmiennej	5	1	6
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,70$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,96$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

Modelunek owali „o” (rozpoczęcie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	1	6
Nieobecność zmiennej	25	29	54
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,70$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,96$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

Tabela 5.17.2. Zakończenie kreślenia owalu „o”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Lewostronne	29	30	59	98,33
2.	Prawostronne	1	0	1	1,67

Modelunek owali „o” (zakończenie kreślenia lewostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	29	30	59
Nieobecność zmiennej	1	0	1
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek owali „o” (zakończenie kreślenia prawostronne)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Tabela 5.17.3. Otwarcie owalu „o”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Krenelaż	1	0	1	1,67
2.	Półotwarte	3	3	5	8,33
3.	Zamknięte	26	28	54	90,00
4.	Bardzo zamknięte	0	0	0	0,00

Otwarcie owalu „o” krenelaż	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Otwarcie owalu „o” - pismo półotwarte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	2	5
Nieobecność zmiennej	27	28	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Otwarcie owalu „o” - pismo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	26	28	54
Nieobecność zmiennej	4	2	6
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,37$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,74$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Otwarcie owalu „o” – pismo bardzo zamknięte	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.18. Modelunek trzonów – kształt drzewca „b”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Laska	11	11	22	36,67
2.	Pętlica	19	19	38	63,33

Modelunek trzonów Kształt drzewca „b” – laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	1	22
Nieobecność zmiennej	19	19	38
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek trzonów Kształt drzewca „b” – pętlica	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	19	19	38
Nieobecność zmiennej	11	11	22
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabel 5.19. Modelunek trzonów – kształt drzewca „d”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Laska	17	19	36	60,00
2.	Pętlica	13	11	24	40,00

Modelunek trzonów Kształt drzewca „d” – laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	17	19	36
Nieobecność zmiennej	13	11	44
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,14			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,15			
Poziom istotności \Rightarrow 0,70			

Modelunek trzonów Kształt drzewca „d” – pętlica	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	11	24
Nieobecność zmiennej	17	19	36
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,14			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,15			
Poziom istotności \Rightarrow 0,70			

Tabela 5.20. Modelunek trzonów – kształt drzewca „k”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Laska	18	18	36	60,00
2.	Pętlica	12	12	24	40,00

Modelunek trzonów Kształt drzewca „k” – laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	18	36
Nieobecność zmiennej	12	12	24
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek trzonów Kształt drzewca „k” - pętlica	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	12	24
Nieobecność zmiennej	18	18	36
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.21. Modelunek trzonów – kształt drzewca „l”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Laska	9	9	18	30,00
2.	Pętlica	21	21	42	70,00

Modelunek trzonów Kształt drzewca „l” – laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	9	18
Nieobecność zmiennej	21	21	42
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek trzonów Kształt drzewca „l” – pętlica	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	21	21	42
Nieobecność zmiennej	9	9	18
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.22. Modelunek trzonów – kształt nóżki „j”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Laska	16	19	35	58,33
2.	Pętlica wrzecionowata	10	7	17	28,33
3.	Pętlica otwarta	4	4	8	13,33

Modelunek trzonów Kształt nóżki „j” – laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	16	19	35
Nieobecność zmiennej	14	11	25
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,20$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,62$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Modelunek trzonów Kształt nóżki „j” – pętlica wrzecionowata	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	7	17
Nieobecność zmiennej	20	23	43
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,24$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,74$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,4$			

Modelunek trzonów Kształt nóżki „j” - pętlica otwarta	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	4	8
Nieobecność zmiennej	26	26	52
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.23. Modelunek trzonów - kształt nóżki „y”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Laska	9	5	14	23,33
2.	Pętlica wrzecionowata	16	18	34	56,67
3.	Pętlica otwarta	5	7	12	20,00

Modelunek trzonów Kształt nóżki „y” - laska	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	5	14
Nieobecność zmiennej	21	25	46
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,36$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,50$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,30$			

Modelunek trzonów Kształt nóżki „y” - pętlica wrzecionowata	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	16	18	34
Nieobecność zmiennej	14	12	26
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,14$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,27$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Modelunek trzonów Kształt nóżki „y” - pętlica otwarta	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	7	12
Nieobecność zmiennej	25	23	48
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,20			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,42			
Poziom istotności \Rightarrow 0,60			

Tabela 5.24. Modelunek poligramm „m”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Arkadowy	18	13	31	51,67
2.	Girlandowy	3	10	13	21,67
3.	Kątowy	9	6	15	25,00
4.	Nitkowaty	0	1	1	1,66

Modelunek poligramm „m” Arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	13	31
Nieobecność zmiennej	12	17	29
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,32			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 1,67			
Poziom istotności \Rightarrow 0,20			

Modelunek poligramm „m” girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	10	13
Nieobecność zmiennej	27	20	47
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,64			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 4,81			
Poziom istotności \Rightarrow 0,05			

Modelunek poligramm „m” kątowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	6	15
Nieobecność zmiennej	21	24	45
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,8$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek poligramm „m” nitkowaty	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Tabela 5.25. Modelunek poligramm „n”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				I. bezwzględna	%
1.	Arkadowy	18	16	34	56,67
2.	Girlandowy	3	7	10	16,67
3.	Kątowy	9	6	15	25,00
4.	Nitkowaty	0	1	1	1,66

Modelunek poligramm „n” Arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	16	34
Nieobecność zmiennej	12	14	26
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,14$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,27$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Modelunek poligramm „n” Girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	7	10
Nieobecność zmiennej	27	23	50
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,47$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,92$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Modelunek poligramm „n” Kątowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	6	15
Nieobecność zmiennej	21	24	
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,80$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek poligramm „n” Nitkowaty	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Tabela 5.26. Modelunek poligramm „w”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				I. bezwzględna	%
1.	Arkadowy	0	1	1	1,67
2.	Girlandowy	18	17	35	58,33
3.	Kątowy	12	9	21	35,00
4.	Nitkowaty	0	3	3	5,00

Modelunek poligramm „w” arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek poligramm „w” girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	17	35
Nieobecność zmiennej	12	13	25
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Modelunek poligramm „w” kątowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	9	21
Nieobecność zmiennej	18	21	39
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,66$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Modelunek poligramm „w” nitkowaty	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	3	3
Nieobecność zmiennej	30	27	57
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 3,16$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

27. Modelunek wiązań „m”.

Tabela 5.27.1. Modelunek wiązań „m” - wejściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	7	3	10	16,67
2.	Łącznik girlandowy	2	12	14	23,33
3.	Łącznik kątowy (prosty)	14	6	20	33,33
4.	Brak łącznika	7	9	16	26,67

Modelunek wiązań wejściowy „m” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	7	3	10
Nieobecność zmiennej	23	27	50
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,47			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 1,92			
Poziom istotności \Rightarrow 0,20			

Modelunek wiązań wejściowy „m” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	12	14
Nieobecność zmiennej	28	18	46
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,81			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 9,32			
Poziom istotności \Rightarrow 0,005			

Modelunek wiązań wejściowy „m” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	6	20
Nieobecność zmiennej	16	24	40
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,56			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 4,8			
Poziom istotności \Rightarrow 0,05			

Modelunek wiązań wejściowy „m” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	7	9	16
Nieobecność zmiennej	23	21	44
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,17$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,34$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,60$			

Tabela 5.27.2. Modelunek wiązań „m” - wyjściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	0	0	0	0,00
2.	Łącznik girlandowy	16	16	32	53,33
3.	Łącznik kątowy (prosty)	4	3	7	11,67
4.	Brak łącznika	10	11	21	35,00

Modelunek wiązań wyjściowy „m” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wyjściowy „m” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	16	16	32
Nieobecność zmiennej	14	14	
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wyjściowy „m” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	3	7
Nieobecność zmiennej	26	27	53
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,16$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,16$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Modelunek wiązań wyjściowy „m” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	11	21
Nieobecność zmiennej	20	19	39
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

28. Modelunek wiązań „n”.

Tabela 5.28. 1. Modelunek wiązań „n” - wejściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	12	13	25	41,67
2.	Łącznik girlandowy	2	5	7	11,67
3.	Łącznik kątowy (prosty)	8	1	9	15,00
4.	Brak łącznika	8	11	19	31,66

Modelunek wiązań wejściowy „n” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	13	25
Nieobecność zmiennej	18	17	35
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Modelunek wiązań wejściowy „n” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	5	7
Nieobecność zmiennej	28	25	53
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,47			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 1,46			
Poziom istotności \Rightarrow 0,30			

Modelunek wiązań wejściowy „n” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	1	9
Nieobecność zmiennej	22	29	
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,83			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 6,41			
Poziom istotności \Rightarrow 0,025			

Modelunek wiązań wejściowy „n” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	11	19
Nieobecność zmiennej	22	19	41
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,23			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,69			
Poziom istotności \Rightarrow 0,50			

Tabela 5.28.2. Modelunek wiązań „n” - wyjściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				I. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	0	0	0	0,00
2.	Łącznik girlandowy	15	23	38	63,33
3.	Łącznik kątowy (prosty)	10	0	10	16,67
4.	Brak łącznika	5	7	12	20,00

Modelunek wiązań wyjściowych „n” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wyjściowych „n” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	15	23	38
Nieobecność zmiennej	15	7	22
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,53$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 4,59$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,05$			

Modelunek wiązań wyjściowych „n” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	0	10
Nieobecność zmiennej	20	30	50
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 12$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,001$			

Modelunek wiązań wyjściowych „n” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	7	12
Nieobecność zmiennej	25	23	48
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,21$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,42$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,60$			

29. Modelunek wiązań „w”.

Tabela 5.29.1. Modelunek wiązań „w” - wejściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	3	3	6	10,00
2.	Łącznik girlandowy	2	1	3	5,00
3.	Łącznik kątowy (prosty)	6	4	10	16,67
4.	Brak łącznika	19	22	41	68,33

Modelunek wiązań wejściowy „w” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	3	6
Nieobecność zmiennej	27	27	54
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wejściowy „w” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	1	3
Nieobecność zmiennej	28	29	57
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,35$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,35$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,60$			

Modelunek wiązań wejściowy „w” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	6	4	10
Nieobecność zmiennej	24	26	50
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,24$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,48$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Modelunek wiązań wejściowy „w” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	19	22	41
Nieobecność zmiennej	11	8	19
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,23$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,69$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Tabela 5.29.2. Modelunek wiązań „w” - wyjściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	2	0	2	3,33
2.	Łącznik girlandowy	0	0	0	0,00
3.	Łącznik kątowy (prosty)	14	14	28	46,67
4.	Brak łącznika	14	16	30	50,00

Modelunek wiązań wyjściowych „w” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	0	2
Nieobecność zmiennej	28	30	58
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,20$			

Modelunek wiązań wyjściowych „w” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wyjściowych „w” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	14	28
Nieobecność zmiennej	16	16	32
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań wyjściowych „w” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	16	30
Nieobecność zmiennej	16	14	30
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,13$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,27$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,7$			

Tabela 30. Modelunek wiązań „y” - wejściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	1	0	1	1,67
2.	Łącznik girlandowy	12	6	18	30,00
3.	Łącznik kątowy (prosty)	3	9	12	20,00
4.	Brak łącznika	14	15	29	48,33

Modelunek wiązań „y” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek wiązań „y” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	6	18
Nieobecność zmiennej	18	24	42
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,45$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 2,86$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

Modelunek wiązań „y” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	9	12
Nieobecność zmiennej	27	21	48
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,59$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 3,75$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,10$			

Modelunek wiązań „y” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	15	29
Nieobecność zmiennej	16	15	31
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Tabela 5.31. Modelunek wiązań „p” - wyjściowy

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Łącznik arkadowy	2	2	4	6,67
2.	Łącznik girlandowy	1	0	1	1,66
3.	Łącznik kątowy (prosty)	3	1	4	6,67
4.	Brak łącznika	24	27	51	85,00

Modelunek wiązań „p” Łącznik arkadowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	2	4
Nieobecność zmiennej	28	28	56
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek wiązań „p” Łącznik girlandowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	1	0	1
Nieobecność zmiennej	29	30	59
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,02$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek wiązań „p” Łącznik kątowy (prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	1	4
Nieobecność zmiennej	27	29	56
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,53$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek wiązań „p” Brak łącznika	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	24	27	51
Nieobecność zmiennej	6	3	9
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,38$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,18$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,30$			

32. Modelunek znaków diakrytycznych „i”.**Tabela 5.32.1. Modelunek znaków diakrytycznych „i” - usytuowanie wobec osi litery**

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Centralne	17	15	32	53,34
2.	Prawostronne	13	14	27	45,00
3.	Lewostronne	0	1	1	1,66

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (centralne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	17	15	32
Nieobecność zmiennej	13	15	28
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,13			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,27			
Poziom istotności \Rightarrow 0,70			

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (prawostronne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	14	27
Nieobecność zmiennej	17	16	33
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,07			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,07			
Poziom istotności \Rightarrow 0,80			

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (lewostronne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	1	1
Nieobecność zmiennej	30	29	59
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -1			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 1,02			
Poziom istotności \Rightarrow 0,40			

Tabela 5.32.2. Modelunek znaków diakrytycznych „i” - kształt znaku

L.p.	Zmienna	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Kropka	14	11	25	41,67
2.	Kreska	8	11	19	31,67
3.	Inny	8	8	16	26,66

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (kształt znaku - kropka)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	14	11	25
Nieobecność zmiennej	16	19	35
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,20$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,62$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,50$			

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (kształt znaku - kreska)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	11	19
Nieobecność zmiennej	22	19	31
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,23$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,92$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek znaków diakrytycznych „i” (kształt znaku - inny)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	8	16
Nieobecność zmiennej	22	22	44
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

33. Modelunek znaków diakrytycznych „j”.

Tabela 5.33.1. Modelunek znaków diakrytycznych „j” - usytuowanie wobec osi litery

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Centralne	18	17	35	58,34
2.	Prawostronne	10	10	20	33,33
3.	Lewostronne	2	3	5	8,33

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (centralne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	17	35
Nieobecność zmiennej	12	13	25
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (prawostronne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	10	20
Nieobecność zmiennej	20	20	40
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (lewostronne usytuowanie wobec osi litery)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	3	5
Nieobecność zmiennej	28	27	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Tabela 5.33.2. Modelunek znaków diakrytycznych „j” - kształt znaku

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Kropka	11	11	22	36,67
2.	Kreska	4	5	9	15,00
3.	Inny	15	14	29	48,33

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (kształt znaku - kropka)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	11	22
Nieobecność zmiennej	19	19	38
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (kształt znaku - kreska)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	5	9
Nieobecność zmiennej	26	25	51
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,13$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,13$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

Modelunek znaków diakrytycznych „j” (kształt znaku - inny)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	15	14	29
Nieobecność zmiennej	15	16	31
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,07$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,80$			

34. Modelunek znaków diakrytycznych „ł”.

Tabela 5.34.1. Modelunek znaków diakrytycznych „ł” - powiązanie z trzonem

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Wolny	28	26	54	90,00
2.	Związany	2	4	6	10,00

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (powiązanie z trzonem - wolny)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	28	26	54
Nieobecność zmiennej	2	4	6
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,37$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,74$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (powiązanie z trzonem - związany)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	4	6
Nieobecność zmiennej	28	26	54
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,37$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,74$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Tabela 5.34.2. Modelunek znaków diakrytycznych „ł” - kształt kreski

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Prosty	25	25	50	83,33
2.	Wygięty	5	5	10	16,67

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (kształt kreski - prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	25	25	50
Nieobecność zmiennej	5	5	10
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (kształt kreski - wygięty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	5	10
Nieobecność zmiennej	25	25	50
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.34.3. Modelunek znaków diakrytycznych „ł” - wysokość usytuowania znaku

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Przecinający drzewce	2	3	5	8,33
2.	Nadtrzonowy	28	27	55	91,67

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (wysokość usytuowania znaku - przecinający drzewce)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	3	5
Nieobecność zmiennej	28	27	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Modelunek znaków diakrytycznych „ł” (wysokość usytuowania znaku – nadtrzonowy)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	28	27	55
Nieobecność zmiennej	2	3	5
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

35. Modelunek znaków diakrytycznych „t”.

Tabela 5.35.1. Modelunek znaków diakrytycznych „t” - powiązanie z trzonem

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Wolny	27	27	54	90,00
2.	związany	3	3	6	10,00

Modelunek znaków diakrytycznych „t” (powiązanie z trzonem - wolny)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	27	27	54
Nieobecność zmiennej	3	3	6
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Modelunek znaków diakrytycznych „t” (powiązanie z trzonem - związany)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	3	6
Nieobecność zmiennej	27	27	54
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.35.2. Modelunek znaków diakrytycznych „t” - kształt kreski

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Prosty	27	26	53	88,33
2.	Wygięty	3	4	7	11,67

Modelunek znaków diakrytycznych „t” (kształt kreski - prosty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	27	26	53
Nieobecność zmiennej	3	4	7
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,16			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,16			
Poziom istotności \Rightarrow 0,70			

Modelunek znaków diakrytycznych „t” (kształt kreski - wygięty)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	3	4	7
Nieobecność zmiennej	27	26	53
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,16			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,16			
Poziom istotności \Rightarrow 0,70			

Tabela 5.36. Modelunek znaków diakrytycznych „ą”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Lewostronny	10	17	27	45,00
2.	Prawostronny	9	8	17	28,33
3.	Na wprost	11	5	16	26,67

Modelunek znaków diakrytycznych „ą” - lewostronny	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	10	17	27
Nieobecność zmiennej	20	13	33
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,45			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,33			
Poziom istotności \Rightarrow 0,60			

Modelunek znaków diakrytycznych „ą” - prawostronny	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	8	17
Nieobecność zmiennej	21	22	43
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,08			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,08			
Poziom istotności \Rightarrow 0,80			

Modelunek znaków diakrytycznych „ą” - na wprost	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	11	5	16
Nieobecność zmiennej	19	25	44
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,49			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 3,07			
Poziom istotności \Rightarrow 0,10			

Tabela 5.37. Modelunek znaków diakrytycznych „ę”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Lewostronny	13	15	28	46,67
2.	Prawostronny	8	10	18	30,00
3.	Na wprost	9	5	14	23,33

Modelunek znaków diakrytycznych „ę” - lewostronny	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	13	15	28
Nieobecność zmiennej	17	15	32
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,13			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,27			
Poziom istotności \Rightarrow 0,7			

Modelunek znaków diakrytycznych „ę” - prawostronny	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	8	10	18
Nieobecność zmiennej	22	20	42
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow -0,16			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 0,32			
Poziom istotności \Rightarrow 0,60			

Modelunek znaków diakrytycznych „ę” - na wprost	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	9	5	14
Nieobecność zmiennej	21	25	46
Suma	30	30	60
Wartość Q \Rightarrow 0,36			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$ 1,49			
Poziom istotności \Rightarrow 0,30			

D. CIĄGŁOŚĆ.

Tabela 5.38. Impuls pisma

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Impuls grammatyczny	0	0	0	0,00
2.	Impuls literowy	18	14	32	53,33
3.	Impuls sylabowy	12	16	28	46,67
4.	Impuls wyrazowy	0	0	0	0,00

Impuls grammatyczny	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Impuls literowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	18	14	32
Nieobecność zmiennej	12	16	28
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 1,07$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Impuls sylabowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	12	16	28
Nieobecność zmiennej	18	14	32
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,26$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,40$			

Impuls wyrazowy	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	0	0	0
Nieobecność zmiennej	30	30	60
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.39. Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ł”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Przerwa	28	27	55	91,67
2.	Brak przerwy	2	3	5	8,33

Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ł”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	28	27	55
Nieobecność zmiennej	2	3	5
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Brak przerwy po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ł”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	3	5
Nieobecność zmiennej	28	27	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -0,22$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0,22$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,70$			

Tabela 5.40. Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „t”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Przerwa	28	28	56	93,33
2.	Brak przerwy	2	2	4	6,67

Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „t”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	28	28	56
Nieobecność zmiennej	2	2	4
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Brak przerwy po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „t”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	2	2	4
Nieobecność zmiennej	28	28	
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 0$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 0$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,99$			

Tabela 5.41. Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ą”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				1. bezwzględna	%
1.	Przerwa	5	0	5	8,33
2.	Brak przerwy	25	30	55	81,67

Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ą”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	5	0	5
Nieobecność zmiennej	25	30	55
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 5,45$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,025$			

Brak przerwy po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ą”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	25	30	55
Nieobecność zmiennej	5	0	5
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow -1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 5,45$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,025$			

Tabela 5.42. Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ę”

L.p.	Zmienna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Częstość występowania w próbie	
				l. bezwzględna	%
1.	Przerwa	4	0	4	6,67
2.	Brak przerwy	26	30	56	93,33

Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ę”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	4	0	4
Nieobecność zmiennej	26	30	56
Suma	30	30	60
Wartość $Q \Rightarrow 1$			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 4,29$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,05$			

Brak przerwy po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „ę”	Grupa badana	Grupa kontrolna	Suma
Obecność zmiennej	26	30	56
Nieobecność zmiennej	4	0	4
Suma	30	20	60
Wartość Q \Rightarrow -1			
Wartość $\chi^2 \Rightarrow 4,28$			
Poziom istotności $\Rightarrow 0,05$			

Rozdział VI.

Wyniki badań i ich dyskusja

1. ZESTAWIENIE WYNIKÓW.

L.p.	Zmienna	Wartość Q	Wartość χ^2	Poziom istotności
1.	Pismo proste	-0,12	0,19	0,7
2.	Pismo prawoskośne	0,39	0,24	0,7
3.	Pismo lewoskośne	-1	2,07	0,2
4.	Pismo mieszane	-0,16	0,16	0,3
5.	Pismo małe	0,24	0,48	0,5
6.	Pismo średnie	-0,24	0,74	0,4
7.	Pismo duże	0,16	0,16	0,7
8.	Pismo wysmukłe	0,6	5,93	0,025
9.	Pismo równe	-0,37	1,92	0,2
10.	Pismo szerokie	-0,29	1,2	0,3
11.	Majuskuły przeciętne	-0,33	1,36	0,3
12.	Majuskuły zmniejszone	-1	1,02	0,4
13.	Majuskuły zwiększone	0,40	2,05	0,2
14.	Trzony nadlinijne przeciętne	-0,01	0,01	0,4
15.	Trzony nadlinijne wydłużone	0	0	0,99
16.	Trzony nadlinijne zmniejszone	0,08	0,08	0,8
17.	Trzony podlinijne przeciętne	0,53	1,07	0,4
18.	Trzony podlinijne wydłużone	-0,63	1,96	0,2
19.	Trzony podlinijne zmniejszone	1	1,01	0,4
20.	Linia wiersza pozioma	-0,16	0,16	0,7
21.	Linia wiersza wznosząca	0	0	0,99
22.	Linia wiersza opadająca	-0,14	0,28	0,6
23.	Krzywizna zbieżna	1	1,02	0,4
24.	Krzywizna rozbieżna	1	2,07	0,2
25.	Linia wiersza równa	1	1,02	0,40
26.	Linia wiersza kręta	0,36	1,83	0,20
27.	Linia wiersza wklęsła	-0,62	3,27	0,10
28.	Linia wiersza wypukła	-0,13	0,13	0,8
29.	Linia wiersza ugięta na początku	0	0	0,99
30.	Linia wiersza ugięta na końcu	0	0	0,99
31.	Górna linia wyrazu pozioma	0,29	0,58	0,50
32.	Górna linia wyrazu wznosząca	0,21	0,63	0,50
33.	Górna linia wyrazu opadająca	-0,32	1,67	0,20
34.	Dolna linia wyrazu pozioma	-0,33	1,0	0,40
35.	Dolna linia wyrazu wznosząca	0,20	0,62	0,50
36.	Dolna linia wyrazu opadająca	0	0	0,99
37.	Górna linia wyrazu równa	0	0	0,99
38.	Górna linia wyrazu kręta	0,11	0,11	0,80
39.	Górna linia wyrazu wklęsła	-1	1,02	0,40

40.	Górna linia wyrazu wypukła	0	0	0,99
41.	Górna linia wyrazu ugięta na początku	0	0	0,99
42.	Górna linia wyrazu ugięta na końcu	0	0	0,99
43.	Dolna linia wyrazu równa	-0,53	4,59	0,05
44.	Dolna linia wyrazu kręta	0,65	8,15	0,005
45.	Dolna linia wyrazu wklęsła	0	0	0,99
46.	Dolna linia wyrazu wklęsła	0	0	0,99
47.	Dolna linia wyrazu wypukła	-0,63	1,96	0,20
48.	Dolna linia wyrazu ugięta na początku	0	0	0,99
49.	Dolna linia wyrazu ugięta na końcu	0	0	0,99
50.	Odstępy między wyrazami małe	-0,16	0,16	0,7
51.	Odstępy między wyrazami przeciętne	-0,07	0,07	0,8
52.	Odstępy między wyrazami przesadne	0,14	0,27	0,70
53.	Odstępy między wierszami małe	0,35	0,35	0,60
54.	Odstępy między wyrazami przeciętne	-0,24	0,48	0,50
55.	Odstępy między wyrazami przesadne	-0,10	0,10	0,8
56.	Lewostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „a”	0,19	0,37	0,60
57.	Prawostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „a”	-0,19	0,37	0,60
58.	Lewostronne zakończenie kreślenia owalu „a”	0,26	0,8	0,40
59.	Prawostronne zakończenie kreślenia owalu „a”	-0,26	0,8	0,40
60.	Pismo bardzo otwarte „a”	-1	1,02	0,40
61.	Pismo półotwarte „a”	-0,47	1,46	0,30
62.	Pismo zamknięte „a”	0,33	1,0	0,4
63.	Pismo bardzo zamknięte „a”	0,35	0,35	0,6
64.	Lewostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „d”	-0,40	2,05	0,20
65.	Prawostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „d”	0,40	2,05	0,20
66.	Lewostronne zakończenie kreślenia owalu „d”	-0,08	0,08	0,80
67.	Prawostronne zakończenie kreślenie owalu „d”	0,08	0,08	0,80
68.	Pismo bardzo otwarte „d”	1	1,02	0,40

69.	Pismo półotwarte „d”	0,08	0,08	0,8
70.	Pismo zamknięte „d”	0	0	0,99
71.	Pismo bardzo zamknięte „d”	-1	2,07	0,20
72.	Lewostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „o”	-0,70	2,96	0,10
73.	Prawostronne rozpoczęcie kreślenia owalu „o”	0,70	2,96	0,10
74.	Lewostronne zakończenie kreślenia owalu „o”	-1	1,02	0,40
75.	Prawostronne zakończenie kreślenia owalu „o”	1	1,02	0,40
76.	Pismo bardzo otwarte „o”	1	1,02	0,40
77.	Pismo półotwarte „o”	0,22	0,22	0,7
78.	Pismo zamknięte „o”	-0,37	0,74	0,40
79.	Pismo bardzo zamknięte „o”	0	0	0,99
80.	Laskowaty kształt drzewca „b”	0	0	0,99
81.	Pętlicowy kształt drzewca „b”	0	0	0,99
82.	Laskowaty kształt drzewca „d”	-0,14	0,15	0,70
83.	Pętlicowy kształt drzewca „d”	0,14	0,15	0,70
84.	Laskowaty kształt drzewca „k”	0	0	0,99
85.	Pętlicowy kształt drzewca „k”	0	0	0,99
86.	Laskowaty kształt drzewca „l”	0	0	0,99
87.	Pętlicowy kształt drzewca „l”	0	0	0,99
88.	Laskowaty kształt nóżki „j”	-0,20	0,62	0,50
89.	Pętlicowy zamknięty kształt nóżki „j”	0,24	0,74	0,40
90.	Pętlicowy otwarty kształt nóżki „j”	0	0	0,99
91.	Laskowaty kształt nóżki „y”	0,36	1,50	0,30
92.	Pętlicowy zamknięty kształt nóżki „y”	-0,14	0,27	0,70
93.	Pętlicowy otwarty kształt nóżki „y”	-0,20	0,42	0,60
94.	Arkadowy modelunek poligramm „m”	0,32	1,67	0,20
96.	Girlandowy modelunek poligramm „m”	-0,64	4,81	0,05
97.	Kątowy modelunek poligramm „m”	0,26	0,8	0,40
98.	Nitkowaty modelunek poligramm „m”	-1	1,02	0,40
99.	Arkadowy modelunek poligramm „n”	0,14	0,27	0,20
100.	Girlandowy modelunek poligramm „n”	-0,47	1,92	0,20

101.	Kątowy modelunek poligramm „n”	0,26	0,8	0,40
102.	Nitkowaty modelunek poligramm „n”	-1	1,02	0,40
103.	Arkadowy modelunek poligramm „w”	-1	1,02	0,40
104.	Girlandowy modelunek poligramm „w”	0,07	0,07	0,80
105.	Kątowy modelunek poligramm „w”	0,22	0,66	0,50
106.	Nitkowaty modelunek poligramm „w”	-1	3,16	0,10
107.	Arkadowy łącznik wejściowy „m”	0,47	1,92	0,20
108.	Girlandowy łącznik wejściowy „m”	-0,81	9,32	0,005
109.	Kątowy łącznik wejściowy „m”	0,56	4,8	0,05
110.	Brak łącznika wejściowego „m”	-0,17	0,34	0,60
111.	Arkadowy łącznik wyjściowy „m”	0	0	0,99
112.	Girlandowy łącznik wyjściowy „m”	0	0	0,99
113.	Kątowy łącznik wyjściowy „m”	0,16	0,16	0,70
114.	Brak łącznika wyjściowego „m”	-0,07	0,07	0,80
115.	Arkadowy łącznik wejściowy „n”	-0,07	0,07	0,80
116.	Girlandowy łącznik wejściowy „n”	-0,47	1,46	0,30
117.	Kątowy łącznik wejściowy „n”	0,83	6,41	0,025
118.	Brak łącznik wejściowego „n”	-0,23	0,69	0,50
119.	Arkadowy łącznik wyjściowy „n”	0	0	0,99
120.	Girlandowy łącznik wyjściowy „n”	-0,53	4,59	0,05
121.	Kątowy łącznik wyjściowy „n”	1	12	0,001
122.	Brak łącznika wyjściowego „n”	-0,21	0,42	0,60
123.	Arkadowy łącznik wejściowy „w”	0	0	0,99
124.	Girlandowy łącznik wejściowy „w”	0,35	0,35	0,60
125.	Kątowy łącznik wejściowy „w”	0,24	0,48	0,50
126.	Brak łącznika wejściowego „w”	-0,23	0,69	0,50
127.	Arkadowy łącznik wyjściowy „w”	1	2,07	0,20
128.	Girlandowy łącznik wyjściowy „w”	0	0	0,99

129.	Kątowy łącznik wyjściowy „w”	0	0	0,99
130.	Brak łącznika wyjściowego „w”	0,13	0,27	0,7
131.	Arkadowy łącznik wejściowy „y”	1	1,02	0,40
132.	Girlandowy łącznik wejściowy „y”	0,45	2,86	0,10
133.	Kątowy łącznik wejściowy „y”	-0,59	3,75	0,10
134.	Brak łącznika wejściowego „y”	-0,07	0,07	0,80
135.	Arkadowy łącznik wyjściowy „p”	0	0	0,99
136.	Girlandowy łącznik wyjściowy „p”	1	1,02	0,40
137.	Kątowy łącznik wyjściowy „p”	0,53	1,07	0,40
138.	Brak łącznika wyjściowego „p”	-0,38	1,18	0,30
139.	Centralne usytuowanie znaku diakrytycznego „i”	0,13	0,27	0,7
140.	Prawostronne usytuowanie znaku diakrytycznego „i”	-0,07	0,07	0,80
141.	Lewostronne usytuowanie znaku diakrytycznego „i”	-1	1,02	0,40
142.	Kropkowaty kształt znaku diakrytycznego „i”	0,20	0,62	0,50
143.	Kreskowaty kształt znaku diakrytycznego „i”	-0,23	0,92	0,40
144.	Inny kształt znaku diakrytycznego „i”	0	0	0,99
145.	Centralne usytuowanie znaku diakrytycznego „j”	0,07	0,07	0,8
146.	Prawostronne usytuowanie znaku diakrytycznego „j”	0	0	0,99
147.	Lewostronne usytuowanie znaku diakrytycznego „j”	-0,22	0,22	0,70
148.	Kropkowaty kształt znaku diakrytycznego „j”	0	0	0,99
149.	Kreskowaty kształt znaku diakrytycznego „j”	-0,13	0,13	0,80
150.	Inny kształt znaku diakrytycznego „j”	0,07	0,07	0,8
151.	Wolny znak diakrytyczny „l”	0,37	0,74	0,40
152.	Związany znak diakrytyczny „l”	-0,37	0,74	0,40
153.	Prosta kreska znaku diakrytycznego „l”	0	0	0,99
154.	Wygięta kreska znaku diakrytycznego „l”	0	0	0,99
155.	Przecinający drzewce znak diakrytyczny „l”	-0,22	0,22	0,70

156.	Nadtrzonowy znak diakrytyczny „ł”	0,22	0,22	0,70
157.	Wolny znak diakrytyczny „t”	0	0	0,99
158.	Związany znak diakrytyczny „t”	0	0	0,99
159.	Prosta kreska znaku diakrytycznego „t”	0,16	0,16	0,70
160.	Wygięta kreska znaku diakrytycznego „t”	-0,16	0,16	0,70
161.	Lewostronny modelunek znaku diakrytycznego „ą”	-0,45	0,33	0,60
162.	Prawostronny modelunek znaku diakrytycznego „ą”	0,08	0,08	0,8
163.	Modelunek znaku diakrytycznego „ą” na wprost	0,49	3,07	0,10
164.	Lewostronny modelunek znaku diakrytycznego „ę”	-0,13	0,27	0,70
165.	Prawostronny modelunek znaku diakrytycznego „ę”	-0,16	0,32	0,60
166.	Modelunek znaku diakrytycznego „ę” na wprost	0,36	1,49	0,30
167.	Impuls gramkowy	0	0	0,99
168.	Impuls literowy	0,26	1,07	0,40
169.	Impuls sylabowy	-0,26	1,07	0,40
170.	Impuls wyrazowy	0	0	0,99
171.	Przerwa po nakreśleniu „ł”	0,22	0,22	0,70
172.	Brak przerwy po nakreśleniu „ł”	-0,22	0,22	0,70
173.	Przerwa po nakreśleniu „t”	0	0	0,99
174.	Brak przerwy po nakreśleniu „t”	0	0	0,99
175.	Przerwa po nakreśleniu litery „ą”	1	5,45	0,025
176.	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ą”	-1	5,45	0,025
177.	Przerwa po nakreśleniu litery „ę”	1	4,29	0,05
178.	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ę”	-1	4,29	0,05

2. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ.

2.1. STRUKTURA PISMA.

2.1.1 NACHYLENIE PISMA.

Badając nachylenie liter, nieomal równie często spotykano pismo wertykalne (41,67%), jak i pismo prawoskośne (43,33%). Spośród czterech wyróżnionych zmiennych opisujących usytuowanie osi liter wobec linii podstawowej, w grupie osób badanych stwierdzono obecność trzech zmiennych (pismo proste, prawoskośne i lewoskośne), przy czym ani siła związku ani jego istotność nie daje uzasadnienia do uznania którejkolwiek z nich za cechę pisma osób cierpiących na schizofrenię. Pismo proste i pismo mieszane częściej występują w grupie kontrolnej. Pismo lewostronne spotkano jedynie w dwóch rękopisach z grupy kontrolnej. Stwierdzono więc silny związek tej cechy z pismem osób z grupy kontrolnej, przy czym jego istotność nie sięga założonej granicy (wartość $Q = -1$ przy istotności na poziomie $\alpha = 0,2$).

Uzyskane wyniki przeczą twierdzeniom M. Legienia i K. Zgryzka, J. Marcinkowskiego, F. Witkowskiej oraz E. Pięciorek o skłonności schizofreników do pisania w sposób wachlarzowaty⁸²⁴. W badanej próbie ponad połowę rękopisów schizofrenicznych (53,33%) nakreślono bowiem pismem nachylonym prawoskośnie; pismo wachlarzowate spotkano jedynie w 10% prób pisma.

2.1.2. WYSOKOŚĆ PISMA.

Zdecydowaną większość badanych rękopisów nakreślono pismem średnim (71,67%). W grupie badanej zmienna ta stanowi 66,67% próby, zaś w grupie kontrolnej nieco więcej, tj. 76,67%. Pismo małe spotykano łącznie w 16,67% rękopisów, przy czym w grupie badanej stanowiło ono 20% próby. Siła związku tej zmiennej z grafizmem chorych na schizofrenię plasuje się znacznie poniżej założonego poziomu ($Q = 0,24$). W badanej próbie najrzadziej odnotowano kreślenie pismem dużym (11,66%), przy czym w grupie piszących ze schizofrenią odnotowano

⁸²⁴ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; K. Zgryzek: *Wpływ schizofrenii na obraz...*, s. 91-96; J. Marcinkowski: *op. cit.*, s. 90-102; F. Witkowski: *op. cit.*, 105-118; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16.

cztery takie przypadki, zaś w grupie kontrolnej - trzy. W konsekwencji żadna zmienna opisująca wielkość pisma nie może być uznana za dystynktywną.

Powyższe rezultaty nie potwierdzają więc tez M. Legienia, T. Widły, J. Pobochoy, K. Zgryzka, E. Pięciorek oraz J. Marcinkowskiego⁸²⁵ o zwiększonej wysokości pisma schizofreników; przeczą również poglądom T. Stein-Lewinson, która zaliczyła pismo małe do tzw. „graficznego systemu schizofrenii”⁸²⁶.

2.1.3. SZEROKOŚĆ PISMA.

W badanej próbie nieomal równie często spotykano wszystkie trzy wyróżnione zmienne, tj. pismo wysmukłe (35%), pismo równe (31,67%) i pismo szerokie (33,33%). W rękopisach schizofreników 2,5-krotnie częściej aniżeli w grupie kontrolnej zanotowano obecność pisma wysmukłego. **Zmienna ta jest silnie związana z grafizmem osób chorych na schizofrenię ($Q = 0,6$), a związek ten jest bardzo istotny ($\alpha = 0,025$). Powyższe upoważnia do zaliczenia pisma wysmukłego w poczet cech znamienych dla rękopisów schizofreników.**

Uzyskany wynik koresponduje z twierdzeniami T. Stein-Lewinson⁸²⁷ oraz U. Sonnemann (charakterystyczne dla schizofrenii paranoidalnej zwiększenie wysokości strefy środkowej pisma)⁸²⁸. Pozostałe wyróżnione zmienne nie spełniają przesłanek zaliczenia ich do dystynktywnych.

2.1.4. DŁUGOŚĆ MAJUSKUŁ.

W badanym materiale zdecydowaną większość stanowią majuskuły zwiększone (71,67%), przy czym wśród schizofreników występowały one w 80% rękopisów. Pomimo silnej dominacji tej zmiennej w piśmie chorych na schizofrenię, siła związku z chorobą psychiczną jest niższa niż granica tzw. silnej korelacji. Także pozostałe zmienne poziomu tego nie osiągają. W grupie chorych nie stwierdzono ani

⁸²⁵ M. Legień, J. Pobochoy: *op. cit.*, s. 115; M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23-26, przy czym autor uściśla, iż pismo schizofreników wraz z rozwojem schizofrenii wykazuje tendencję do zwiększenia bądź zmniejszenia wielkości; K. Zgryzek: *Wpływ schizofrenii na obraz...*, s. 91-96; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16; J. Marcinkowski: *op. cit.*, s. 90-102.

⁸²⁶ T. Stein-Lewinson: *op. cit.*, s. 73-74.

⁸²⁷ *Ibidem*, s. 73-74.

⁸²⁸ U. Sonnemann: *op. cit.*, s. 181-204.

jednego przypadku występowania majuskuł zmniejszonych. W 20% materiału pochodzącego od schizofreników, stwierdzono występowanie majuskuł przeciętnych.

W świetle powyższego, zmienne opisujące długość majuskuł nie są znamienne dla osób chorych na schizofrenię.

2.1.5. DŁUGOŚĆ TRZONÓW NADLINIJNYCH.

W badanym materiale przeważało wydłużanie pasma nadlinijnego (46,66%), tzn. długość drzewca mierzona od podstawy do wierzchołka była większa niż dwa razy wzięta wysokość pasma środkowego. Także w rękopisach pochodzących od schizofreników najczęściej spotykano trzony nadlinijne wydłużone (46,67%). Niewiele rzadziej w ogólnej liczbie rękopisów występowało skracanie pasma nadlinijnego (31,67%), które w grupie chorych występowało w 33,33% próbek. Trzony nadlinijne przeciętne spotkano w 20% materiału pochodzącego od schizofreników. Jednakże żadna ze zmiennych opisujących długość trzonów nadlinijnych nie może być uznana za dystynktywną.

2.1.6. DŁUGOŚĆ TRZONÓW PODLINIJNYCH.

Zdecydowaną większość badanych rękopisów (91,67%) nakreślono pismem o wydłużonych nóżkach. Grafizm taki spotykano aż w 86,67% badanych próbek schizofreników. Zmienna ta nie spełnia jednak założonych warunków. Przeciętną długość trzonów podlinijnych stwierdzono jedynie w rękopisach trzech probantów cierpiących na schizofrenię. Stwierdzono dostateczny związek ($Q = 0,53$) tej zmiennej ze schizofrenią, przy czym jego istotność nie sięga założonej granicy ($\alpha = 0,4$). W badanym materiale zmniejszoną długość nóżek zaobserwowano tylko w jednym rękopisie pochodzącym od schizofrenika (wartość $Q=1$, przy istotności na poziomie $\alpha=0,4$).

Tak więc żadnej ze zmiennych nie można uznać za cechę chorych na schizofrenię. Uzyskany wynik przeczy więc doniesieniom T. Stein-Lewinson o zwiększeniu w piśmie schizofreników długości liter w strefie podlinijnej⁸²⁹

2.2. TOPOGRAFIA PISMA.

2.2.1. BUDOWA WSTĘGI (LINII PODSTAWOWEJ WIERSZA).

1. Nachylenie linii wiersza.

Nachylenie linii podstawowej wiersza opisywało pięć zmiennych. Blisko połowę rękopisów nakreślono pismem o wznoszącej linii podstawowej (43,33%), przy czym zarówno w grupie badanej, jak i grupie kontrolnej, odnotowano jednakową ich ilość, tj. w 13 próbach. Kolejna zmienna - linia wiersza opadająca, wystąpiła w 40% rękopisów, w tym w 36,67% rękopisów schizofreników. Horyzontalna linia wiersza częściej została zauważona w grupie kontrolnej (13,33%), aniżeli w grupie chorych (10%). Z kolei wyłącznie w próbach nakreślonych przez schizofreników spotkano krzywiznę rozbieżną (dwa przypadki) oraz krzywiznę zbieżną (jedna próba).

Żadna ze zmiennych opisujących nachylenie linii wiersza nie spełnia jednak warunków uznania za cechę różnicującą rękopisy schizofreników i osób zdrowych.

Nie znalazły więc potwierdzenia tezy M. Legienia i K. Zgryzka oraz J. Marcinkowskiego o zaliczeniu do cech charakterystycznych pisma schizofreników opadającej linii wiersza⁸³⁰, jak również obserwacje F. Witkowskiej o dominującej tendencji do opadania bądź wznoszenia linii podstawowej⁸³¹.

2. Kształt linii wiersza.

Spośród zmiennych opisujących kształt linii podstawowej wiersza ilościowo dominowała linia falista (65%), która częściej spotykana była w rękopisach schizofreników (73,33%). Niestety, ani siła ani istotność tego związku nie osiąga zakładanej granicy, chociaż się o nią ociera (wartość $Q=0,36$, istotność na poziomie

⁸²⁹ T. Stein-Lewinson: *op. cit.*, s. 73-74.

⁸³⁰ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; J. Marcinkowski: *op. cit.*, s. 90-102.

⁸³¹ F. Witkowski: *op. cit.*, s. 105-118.

$\alpha=0,20$). Zarówno wklęsła jak i wypukła linia wiersza nieco częściej występowała w grupie kontrolnej. W badanej próbie równą linię wiersza stwierdzono tylko w jednym rękopisie, i to nakreślonym przez schizofrenika. Z kolei ugięta na końcu linia wiersza wystąpiła w dwóch przypadkach, po jednym w każdej z grup.

W konsekwencji żadna ze zmiennych nie może być zaliczona do dystynktywnych. Uzyskany wynik przeczy tezom M. Legienia i K. Zgryzka, T. Widły oraz F. Witkowskiej, którzy przypisywali krętość rękopisom osób ze schizofrenią⁸³².

2.2.2. LINIA WYRAZU.

1. Górna linia wyrazu.

Górną linię wyrazu opisywano za pomocą dwóch grup zmiennych, tj. kształtu i tendencji linii wyrazu.

Tendencja

Nachylenie górnej linii wyrazu opisywano trzema zmiennymi. W badanej próbie, w blisko połowie rękopisów, stwierdzono opadającą linię wiersza (48,34%), niemniej zmienną tę odnotowano nieco rzadziej wśród prób pochodzących od schizofreników (40%). Najczęściej wśród prób pisma pochodzących od osób cierpiących na schizofrenię odnotowano wznoszącą linię wiersza (43,33%), przy czym w grupie kontrolnej zmienna ta występowała niewiele rzadziej (33,33%). Kolejna zmienna, pozioma linia wiersza, była zmienną najrzadziej występującą wśród rękopisów schizofreników (16,67%).

W konsekwencji uznać należy, iż zmienne opisujące tendencję linii wyrazu nie są statystycznie istotne, a co za tym idzie nie mogą zostać wliczone w poczet cech pisma chorych na schizofrenię.

Kształt

Kształt górnej linii wyrazu opisywano za pomocą sześciu zmiennych. Najczęściej (zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej) spotykano krętą linię

⁸³² M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23; F. Witkowski: *op. cit.*, s. 105-118.

wyrazu. Zmienna ta występowała w 81,67% rękopisów, przy czym w grupie schizofreników wystąpiła w 83,33% próbek. Równa linia wyrazu stanowi 13,33% wszystkich badanych rękopisów i występuje w podobnej częstości w grupie badanej i kontrolnej. Tylko w jednym przypadku (3,33%) wypukła linia wyrazu pojawia się w grupie badanej, podobnie jak i w kontrolnej. Wklęsła linia wyrazu wystąpiła tylko jeden raz w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono ani jednego rękopisu, w którym górna linia wyrazu przyjęłaby kształt ugięty na początku bądź na końcu. Tak więc żadna ze zmiennych opisujących kształt górnej linii wyrazu nie może być zaliczona do znamienych dla grafizmu schizofreników.

2. Dolna linia wyrazu.

Tendencja

Dolną linię wyrazu opisywano przy pomocy identycznych zmiennych, jak górną linię wyrazu. Najczęściej w badanej próbie występuje wznosząca linia wiersza (41,67%), która pojawia się w 46,67% rękopisów schizofreników. Niestety, zarówno związek tej cechy z psychozą, jak i jego istotność, nie osiągają założonych wartości. Niewiele rzadziej zaznacza się opadająca linia wiersza, która występuje w obydwu grupach w 40% rękopisów. Blisko dwukrotnie częściej w grupie kontrolnej aniżeli w grupie badanej, odnotowano występowanie horyzontalnej linii wiersza.

Żadna ze zmiennych opisujących tendencję dolnej linii wyrazu nie może posłużyć za cechę dystynktywną.

Kształt

Ponad połowę rękopisów charakteryzowała kręta linia wyrazu, która dwukrotnie częściej występowała w rękopisach nakreślonych przez osoby chore na schizofrenię (73,33%). Współczynnik korelacji Q na poziomie 0,65 pozwala na stwierdzenie istnienia silnego związku pomiędzy opisaną cechą a schizofrenią. **Biorąc pod uwagę istotność na poziomie $\alpha = 0,005$, do katalogu zmiennych znamienych dla obrazu pisma osób ze schizofrenią zaliczono krętą dolną linię wyrazu.** Równa linia wyrazu ponad dwukrotnie częściej występuje w grupie kontrolnej (50% rękopisów). W grupie badanej tylko raz wystąpiła wypukła linia wyrazu; w grupie kontrolnej zaobserwowano tę zmienną czterokrotnie częściej.

Ani w grupie badanej, ani w grupie kontrolnej, nie spotykano ugiętej na początku bądź na końcu dolnej linii wyrazu.

Tak więc poza krętą dolną linią wyrazu, zmienne charakteryzujące kształt dolnej linii wyrazu nie są właściwe dla pisma schizofreników.

2.2.3. ODSĘPY.

1. Odstępy międzywyrazowe.

W badanej próbie nieomal równie często spotykano rękopisy o przeciętnych (45%), jak i przesadnych (43,33%) odstępach międzywyrazowych. Odstępy przeciętne nieznacznie częściej występują w grupie kontrolnej (46,67%) niż w badanej (43,33%). Z kolei odstęp przesadny nieznacznie częściej występuje w grupie badanej (46,67%) aniżeli w grupie ludzi zdrowych (40,00%). Najczęściej odnotowano stosowanie małych odstępów międzywyrazowych, które nieco częściej występują w grupie kontrolnej (13,33%) niż w grupie chorych na psychozę (10%).

Żadna z tych zmiennych nie spełnia warunków uznania ich za cechę pisma schizofreników. Uzyskany wynik przeczy więc twierdzeniom M. Legienia i K. Zgryzka oraz E. Pięciorek, którzy przypisywali schizofrenikom zwiększanie odległości pomiędzy wyrazami⁸³³.

2. Odstępy międzywierszowe.

Spośród zmiennych opisujących odstęp między wierszami, żadna nie może być uznana za cechę dystynktywną. Ilościowo dominowały interlinie przesadne (78,33%), które nieomal równie często występują w grupie badanej (80%), jak i grupie kontrolnej (76,67%). Próbkę nakreślone pismem o przeciętnych interliniach spotkano w 16,67% rękopisów, nieco częściej w grupie kontrolnej (20,00%) aniżeli w grupie schizofreników (13,33%). Natomiast odstęp międzywyrazowy mniejszy od podwójnej wysokości pasma środkowego, dwukrotnie częściej spotykano w grupie z psychozą (6,67%), niż w grupie zdrowych (3,33%). Powyższe rezultaty

⁸³³ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16.

badani nie potwierdzają stanowiska M. Legienia i K. Zgryzka oraz J. Marcinkowskiego i E. Pięciorek o zwiększaniu przez schizofreników odległości pomiędzy wierszami⁸³⁴.

2.3. FORMA ZNAKÓW.

2.3.1. MODELUNEK OWALI

Modelunek owali opisano za pomocą trzech grup zmiennych: rozpoczęcie kreślenia, zakończenie kreślenia oraz otwarcia pisma. Rozpoczęcie kreślenia mogło być lewostronne albo prawostronne (w tym rozpoczęcie centralne). Podobnie zakończenie kreślenia mogło być lewostronne (w tym rozpoczęcie centralne) albo prawostronne. Pismo mogło być bardzo otwarte, półotwarte, zamknięte oraz bardzo zamknięte. Badaniom poddano owale liter „o”, „a” i „d”.

1. Modelunek owalu litery „o”.

Badani zazwyczaj (76,67%) lewostronnie inicjowali kreślenie litery „o”. W grupie badanej zmienna ta występowała w 80% rękopisów, zaś w grupie kontrolnej nieznacznie rzadziej (73,33%). Mniej licznie spotykaną inicjację prawostronną odnotowano w 23,33% próbek pisma, przy czym częściej w grupie osób zdrowych (26,67%) niż w grupie osób chorych na schizofrenię (20%).

Również w zakończeniu kreślenia litery „o”, zdecydowana większość (75%) badanych preferowała lewostronne zakończenie, przy czym nieco częściej zmienna ta występowała w grupie osób z psychozą (80%) aniżeli w grupie kontrolnej (70%). Zakończenie prawostronne stwierdzono tylko piętnastokrotnie, co stanowi 25% badanej próby. Nieco częściej zmienna ta występuje w grupie kontrolnej (30%) niż w grupie badanej (20%).

W przebadanym materiale przytłaczająca większość piszących (81,67%) stosowała się do wyuczonej w toku szkoły zasady zamykania owali, przy czym w grupie badanej dotyczyło to 86,67% probantów, zaś w grupie kontrolnej 76,67%.

⁸³⁴ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118; J. Macinkowski: *op. cit.*, s. 90-102; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16.

Pismo półotwarte stwierdzono w 11,67% rękopisów, jednak zmienna ta częściej występowała w grupie osób zdrowych (16,67%) aniżeli w grupie chorych (6,67%). Modelunek bardzo zamknięty częściej z kolei występuje w grupie badanej (6,67%) niż w grupie kontrolnej (3,33%). W materiale pochodzącym od schizofreników nie stwierdzono pisma bardzo otwartego, która to zmienna wystąpiła jednokrotnie w grupie kontrolnej.

W konsekwencji uznać należy, iż opisane wyżej zmienne odnoszące się do modelunku owalu litery „o”, nie są związane z grafizmem schizofreników.

2. Modelunek owalu litery „d”.

Dla badanej próby znamienne jest lewostronna inicjacja kreślenia litery „d” (71,67%), która jednak częściej występuje w grupie kontrolnej (80%) niż w grupie badanej (63,33%). Rzadką prawostronną inicjację spotykano częściej wśród piszących z psychozą (36,67%) niż wśród zdrowych (20%). Niestety, ani siła ani istotność tego związku nie osiągają zakładanej granicy, chociaż się o nią ocierają (wartość $Q=0,40$, istotność na poziomie $\alpha=0,20$).

Owal litery „d” probanci najczęściej kończyli lewostronnie (68,33%), z czego 66,67% stanowiły próbki pisma chorych, a 70% próbki zdrowych. Owal litery „d” kończyli prawostronnie nieco częściej chorzy na schizofrenię (33,33%) aniżeli probanci zdrowi (30%).

W przebadanym materiale odnotowano tylko jeden przypadek pisma bardzo otwartego, który wystąpił w grupie badanej. Z kolei w grupie cierpiących na schizofrenię nie odnotowano pisma bardzo zamkniętego. Najczęściej w grupie badanej i w grupie kontrolnej występuje pismo zamknięte (równo po 66,67%). Pismo półotwarte występuje w 30% próby pochodzącej od osób chorych, w grupie kontrolnej występuje ono w 26,67% rękopisów.

W świetle powyższego, zmienne opisujące modelunek owali „d” nie są istotne dla grafizmu osób chorych na schizofrenię.

3. Modelunek owalu „o”.

Badani zazwyczaj lewostronnie inicjowali kreślenie litery „o” (90%), przy czym zmienna ta częściej występowała w grupie kontrolnej (96,67%) aniżeli w grupie badanej (83,33%). Bardzo rzadką (10%) prawostronną inicjację pięciokrotnie częściej

odnotowano w rękopisach probantów chorych na schizofrenię (16,67%) niż w grupie probantów zdrowych (3,33%). Pomimo silnego związku ($Q=0,70$), zmienna ta nie może być uznana za cechę dystynktywną, albowiem istotność tego związku nie osiąga zakładanej granicy (istotność na poziomie $\alpha = 0,10$). **Zważyć jednakże należy, iż stwierdzona rzadkość prawostronnego zakończenia kreślenia litery „o”, nakazuje przypisywać tej zmiennej dużą wartość identyfikacyjną w badaniach pisma.**

Do wyuczonego wzorca, tj. zakończenia lewostronnego, stosowali się nieomal wszyscy piszący (98,33%). Odnotowano tylko jeden przypadek prawostronnego kończenia owalu, który wystąpił wśród probantów ze schizofrenią.

W toku badań nie stwierdzono modelunku bardzo zamkniętego. W przytłaczającej większości w badanej grupie schizofreników występuje modelunek zamknięty, który stanowi 90% rękopisów. Podobna sytuacja występuje w grupie kontrolnej, gdzie zmienna ta pojawia się najczęściej (75%). Pismo półotwarte nieznacznie częściej stwierdzono w grupie badanej (10%); w grupie kontrolnej zmienną tę zaobserwowano w dwóch przypadkach (6,67%). W badanej próbie odnotowano tylko pojedyncze wystąpienie krenelażu.

Żadna z opisanych powyżej zmiennych dotyczących modelunku litery „o” nie spełnia warunków zaliczenia ich do cech dystynktywnych. Podkreślenia wymaga jedynie fakt, iż stwierdzona rzadkość prawostronnego zakończenia kreślenia litery „o” ($Q=0,70$, $\alpha=0,10$), nakazuje przypisywać tej zmiennej dużą wartość identyfikacyjną w badaniach pisma patologicznego.

2.3.2. MODELUNEK TRZONÓW.

1. Modelunek trzonów nadlinijnych.

Badaniom poddano litery „b”, „d”, „k” i „l”. Drzewce mogły przybrać kształt łaski bądź pętlicy.

Modelunek trzonów nadlinijnych litery „b”

W przebadanym materiale stwierdzono, iż w przypadku modelunku trzonu litery „b” piszący preferowali pętlę, która zarówno w grupie badanej jak

i kontrolnej występowała w 63,33% próbek. Laskowaty modelunek trzonu „b” występuje w 36,67% badanej próby.

Modelunek trzonów nadlinijnych litery „d”

Drzewce litery „d” częściej były formowane w kształcie laski (60%). Ta forma modelunku liczniej występowała w grupie kontrolnej (63,33%) aniżeli w grupie badanej (56,67%). Dokładnie 40% piszących formowało trzon nadlinijny litery „d” w pętlicę, przy czym zmienna ta dominuje wśród piszących ze schizofrenią (43,33%).

Modelunek trzonów nadlinijnych litery „k”

W badanym materiale odnotowano przewagę konstrukcji nadlinijnych trzonu litery „k” w formie laski (60%), która równolicznie występowała w grupie badanej jak i kontrolnej. 40% piszących formowało trzon nadlinijny litery „k” w formie pętlicy.

Modelunek trzonów nadlinijnych litery „l”

W modelunku drzewc litery „l” badani zdecydowanie preferowali pętlicę (70%), która równolicznie występuje w rękopisach schizofreników i osób zdrowych. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku laski, która występuje w 30% rękopisów.

W świetle powyższego, zmienne opisujące modelunek trzonów nadlinijnych liter „b”, „d”, „k” i „l”, nie mają związku ze schizofrenią.

2. Modelunek trzonów podlinijnych.

Badaniom poddano litery „j” i „y”. Nóżki mogły przybrać kształt laski bądź pętlicy - otwartej lub zamkniętej.

Modelunek trzonów podlinijnych litery „j”

Zarówno w grupie badanej jak w grupie kontrolnej, trzon podlinijny litery „j” najczęściej przyjmował postać laski. Zmienna ta częściej występuje w grupie kontrolnej (63,33%), niż w grupie badanej (53,33%). Kolejna pod względem częstości występowania w badanej próbie zmienna - pętlica wrzecionowata, występuje w co trzecim rękopisie pochodzącym od schizofrenika (33,33%). W obydwu badanych grupach najrzadziej odnotowano występowanie modelunku w formie

pętlicy otwartej, który to modelunek pojawia się równolicznie wśród osób z psychozą jak i osób zdrowych.

Modelunek trzonów podlinijnych litery „y”

W modelunku nóżek litery „y” przeważała pętlica wrzecionowata (56,67%). Modelunek taki występował w 60% rękopisów pochodzących z grupy kontrolnej oraz w 53,33% próbek pochodzących z grupy badanej.

Występowanie modelunku ograniczonego do zgięcia, tj. laski, odnotowano w 23,33% rękopisów. Nieomal dwukrotnie częściej zmienna ta występowała wśród osób ze schizofrenią (30%) niż u osób zdrowych (16,67%). Niestety, osiągnięty poziom istotności $\alpha=0,30$ oraz siła związku wynosząca $Q=0,36$, nie pozwalają na uznanie, iż zmienna ta jest dostatecznie silnie i istotnie związana z grafizmem schizofreników.

2.3.3. MODELUNEK POLIGRAMM.

Badaniami objęto litery „m”, „n” i „w”. Modelunek poligramm mógł być kreślony arkadowo (górnolukowo), girlandowo (dolnolukowo), kątowno oraz nitkowato.

Modelunek poligramm „m”

W około połowie przebadanych rękopisów poligrammę „m” kreślono arkadowo, a więc zgodnie z wzorcem szkolnym. Częściej zmienna ta występowała w próbach pisma pochodzących z grupy badanej (60%) niż w grupie kontrolnej (43,33%). Niestety, ani siła ani istotność tego związku nie osiągają zakładanej granicy, chociaż się o nią ocierają ($Q=0,32$, przy poziomie istotności $\alpha=0,20$).

Kolejny pod względem częstości występowania modelunek kątowny (25%), również częściej występował w grupie badanej (30%) niż w grupie kontrolnej (20%). Podobnie jak i przy poprzedniej zmiennej, ani siła związku ani istotność, nie pozwalają zaliczyć modelunku kątownego do cech dystynktywnych ($Q=0,26$, $\alpha=0,40$).

Modelunek girlandowy ponad trzykrotnie częściej występuje w grupie kontrolnej (33,33%) aniżeli w grupie badanej (10%). W badanej próbie modelunek nitkowaty występuje jednokrotnie, wśród piszących z grupy osób zdrowych.

Modelunek poligramm „n”

Podobnie jak i w przypadku litery „m”, również w modelunku litery „n” przeważała arkada (56,67%), którą stosowało 60% piszących z grupy badanej (w grupie kontrolnej natomiast było to 53,33% piszących).

Ostrokątnym modelunkiem występującym w 25% ogółu rękopisów, częściej posługiwali się probanci z grupy badanej (30%) niż z grupy kontrolnej (20%).

Ponad dwukrotnie częściej modelunek girlandowy występował w grupie kontrolnej (23,33%) aniżeli w grupie badanej (10%). Nitkę odnotowano jedynie w jednym rękopisie nakreślonym przez probanta z grupy kontrolnej.

Modelunek poligramm „w”

W grupie piszących ze schizofrenią zaobserwowano tylko modelunek girlandowy i ostrokątny. Nie wystąpiły arkady ani nitki.

Modelunek girlandowy, który dominuje w badanej próbie (58,33%), występuje nieomal równolicznie w grupie badanej i kontrolnej (odpowiednio 60% i 56,67%). Modelunek kątowy częściej pojawił się w grupie osób z psychozą (40%) niż w grupie zdrowych (30%). Tylko w grupie kontrolnej występuje arkada i nitka. Ten typ modelunku odnotowano w odpowiednio jednej i trzech próbach pisma nakreślonych przez probantów zdrowych.

W konsekwencji uznać należy, iż żadna z opisanych zmiennych dotyczących modelunku poligramm, nie wykazuje dostatecznie silnego bądź istotnego związku z grafizmem chorych na schizofrenię.

2.3.4. MODELUNEK WIĄZAŃ.

Analizie poddano modelunek łączników liter „m”, „n”, „w”, „y”, „p”. Modelunek wiązań mógł przybrać postać arkady, girlandy, kąta; wyróżniono również brak łącznika.

1. Modelunek wiązań litery „m”.*Łącznik wejściowy*

W badanej próbie najczęściej spotykano kątowy łącznik wejściowy litery „m” (33,33%), który dominuje w piśmie osób ze schizofrenią (46,67%). **Z psychozą tą**

jest silnie ($Q=0,55$) i istotnie związany ($\alpha=4,8$), co pozwala zmienną tę zaliczyć do różnicujących grafizm schizofreników od grafizmu ludzi bez psychozy.

Wejściowy łącznik girlandowy zdominował rękopisy osób zdrowych (40%) i był jednocześnie najrzadziej spotykanym typem wiązań występujących w rękopisach pochodzących z grupy osób ze schizofrenią (6,67%). Brak łącznika wejściowego częściej spotykano w grupie kontrolnej (30%) aniżeli w grupie badanej (23,33%). Czwarty pod względem częstości występowania w badanej próbie był arkadowy łącznik wejściowy, którego obecność częściej odnotowano w grupie badanej (23,33%) niż w grupie kontrolnej (10%).

Osiągnięty poziom istotności $\alpha = 0,20$ oraz siła związku (na poziomie $Q = 0,46$), niestety nie pozwalają na uznanie tej zmiennej za właściwą dla grafizmu schizofreników.

Łącznik wyjściowy

W ponad połowie przebadanych rękopisów (53,33%), łącznik wyjściowy litery „m” kreślono girlandowo. Zmienna ta równolicznie występowała w obydwu grupach (53,33%). W 35% rękopisów stwierdzono brak łącznika, nieco częściej w grupie kontrolnej (36,67%) niż badanej (33,33%). Łącznik kątowy nieznacznie częściej wystąpił w grupie schizofreników (13,33%) niż u osób zdrowych (10%). Zarówno w grupie badanej jak i w grupie kontrolnej, nie odnotowano arkadowego łącznika wyjściowego litery „m”.

2. Modelunek wiązań litery „n”.

Łącznik wejściowy

W badanej próbie najczęściej spotykano arkadowy łącznik wejściowy litery „n” (41,67%), który nieomal równolicznie występował w obydwu grupach - badanej (40%) i kontrolnej (43,33%). Bardzo często literę „n” inicjowano bez łącznika (31,66%), częściej jednak w grupie osób zdrowych (36,67%) niż chorych (26,67%). Najrzadziej spotykaną zmienną był girlandowy łącznik wejściowy, który częściej pojawił się w próbach kontrolnych (16,67%), niż w próbach pochodzących od osób chorych (6,67%).

Do stosunkowo rzadko spotykanych należy łącznik wejściowy litery „n” przybierający modelunek kątowy. Jednakże łącznik prosty wystąpił

ośmiokrotnie częściej wśród schizofreników niż wśród osób zdrowych; odpowiednio spotykano go w 26,67% rękopisów z grupy badanej oraz w 3,33% rękopisów z grupy kontrolnej. **Forma ta jest bardzo silnie związana z grafizmem schizofreników ($Q=0,82$), a istotność związku przekracza zakładany poziom ($\alpha=0,025$). Upoważnia to zaliczenie kątownego łącznika wejściowego litery „n” w poczet cech znamiennej dla rękopisów schizofreników.**

Łącznik wyjściowy

Zmienną najpopularniejszą w badanej próbie był girlandowy łącznik wyjściowy (63,33%), który częściej występował w grupie kontrolnej (76,67%) niż w grupie badanej (50%). W 20% rękopisów stwierdzono brak łącznika wyjściowego, która to zmienna również przeważała w grupie kontrolnej (23,33%), nieco rzadziej zaznaczając swoją obecność w badanej grupie (16,67%).

Prosty łącznik wyjściowy litery „n” wystąpił wyłącznie wśród prób pisma pochodzących od schizofreników, stanowiąc 33,33% nakreślonych rękopisów. **Stwierdzono, iż zmienna ta jest niezwykle silnie ($Q=1$) i bardzo istotnie ($\alpha=0,001$) związana z grafizmem chorych na schizofrenię, co upoważnia do zaliczenia jej do graficznych cech charakterystycznych dla pisma osób ze schizofrenią.** W przebadanym materiale nie stwierdzono natomiast przypadku występowania arkadowego łącznika wyjściowego.

3. Modelunek wiązań litery „w”.

Łącznik wejściowy

Literę „w” najczęściej (68,33%) modelowano bez łącznika wejściowego; nieco częściej w grupie kontrolnej (73,33%) niż w grupie badanej (63,33%). W 20% próbek pochodzących od chorych na psychozę i w 13,33% próbek osób zdrowych, stwierdzono występowanie łącznika prostego. Łącznik wejściowy górnołukowy występuje w 10% przebadanego materiału, przy czym zmienna ta pojawia się równolicznie w obydwu grupach piszących (10%). Do rzadkości należało stosowanie przez piszących modelunku girlandowego; zmienną tę odnotowano w 6,67% prób pochodzących z grupy badanej oraz w 3,33% prób osób zdrowych.

Tak więc opisane zmienne nie mają związku ze schizofrenią.

Łącznik wyjściowy

W przebadanym materiale nie stwierdzono występowania wyjściowego łącznika girlandowego. Często spotykano prosty łącznik wyjściowy litery „w” (46,67%), który wystąpił równolicznie w obydwu grupach (po 46,67%). Najczęściej jednak, bo w połowie badanych rękopisów, zaobserwowano brak łącznika wyjściowego, co stanowiło 46,67% próbek z grupy badanej i 53,33% próbek z grupy kontrolnej.

W badanej próbie niezwykle rzadko spotykano arkadowy łącznik wyjściowy (3,33%). Ten sposób modelunku stosowało tylko dwóch piszących ze stwierdzoną psychozą. Zmienną tę cechuje silny ($Q=1$), lecz niedostatecznie istotny związek ($\alpha = 0,20$); w konsekwencji arkadowego łącznika wyjściowego litery „w” nie można uznać za cechę pisma schizofreników.

4. Modelunek wiązań litery „y”.*Łącznik wejściowy*

Literę „y” najczęściej inicjowano bez łącznika (48,33%), przy czym zmienna ta wystąpiła w nieomal jednakowej liczbie rękopisów z grupy badanej i kontrolnej (odpowiednio 46,67% i 50%). Łącznik dolnołukowy był obecny w 30% rękopisów, przy czym dwukrotnie częściej odnotowano jego wystąpienie w grupie badanej (40%) niż w grupie kontrolnej (20%). Niestety, zarówno siła ($Q=0,4$) jak i istotność związku ($\alpha = 0,1$) plasują się nieznacznie poniżej założonego poziomu. Łącznik kątowny trzykrotnie częściej stosowany był przez probantów z grupy kontrolnej (30%) niż z grupy badanej (10%).

Najrzadziej spotykaną formą modelunku łącznika była forma arkadowa, którą w badanej próbie zastosował tylko jeden piszący chory na schizofrenię.

W konsekwencji, zmienne opisujące modelunek wiązań litery „y” nie mają związku ze schizofrenią.

5. Modelunek wiązań litery „p”.*Łącznik wyjściowy*

Literę „p” zdecydowanie najczęściej modelowano bez łącznika wyjściowego (85%), nieco częściej w grupie kontrolnej (90%) niż w grupie badanej (80%).

W grupie badanej w trzech przypadkach stwierdzono obecność łącznika prostego (10%); w grupie kontrolnej zmienna ta występuje w jednym przypadku (3,33%). Zmienna ta jest silnie związana z grafizmem schizofrenicznym ($Q=0,53$), niemniej istotność tego związku nie przekracza zakładanego poziomu ($\alpha = 0,40$).

W 6,67% badanych rękopisów piszący stosowali łącznik górnołukowy, równolicznie (po dwóch probantów) w obydwu grupach. Tylko w jednym przypadku w grupie badanej pojawił się łącznik girlandowy. Tak więc zmienne opisujące łącznik wyjściowy litery „p” nie są związane ze schizofrenią.

Dokonując porównania uzyskanych wyników dotyczących modelunku wiązań (łączników) z poglądami wyrażonymi w literaturze na temat cech pisma osób chorych na schizofrenię, uznać należy, iż w dużej części uzyskały one potwierdzenie. T. Stein-Lewinson podkreślała, iż cechą znamionną schizofreników są kątowe, sztywne wiązania liter⁸³⁵. Kątowy łącznik wejściowy litery „m”, „n” oraz prosty łącznik wyjściowy litery „n” zaliczono do cech znamionnych pisma schizofreników w badanej próbie. Z pozostałych, choć nie kwalifikujących się do zaliczenia w poczet cech dystynktywnych (z uwagi na ocieranie się o wyznaczoną granicę istotności), również łącznik prosty litery „p” potwierdza tezę ww. autorki. Także U. Sonnemann do cech swoistych pisma schizofreników zaliczył kanciastość i sztywny, ostry dukt. Również T. Widła do katalogu cech pisma schizofreników zakwalifikował zubożenie form wiązań⁸³⁶. Zatem uzyskany wynik koresponduje z twierdzeniami ww. autorów.

⁸³⁵ T. Stein-Lewinson: *op. cit.*, s. 73-74.

⁸³⁶ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23-26.

2.2.5. MODELUNEK ZNAKÓW DIAKRYTYCZNYCH.

Badaniami objęto znaki diakrytyczne liter „i”, „j”, „ł”, „t”, „ą” i „ę”.

1. Modelunek znaku diakrytycznego litery „i”.

W grupie badanej najczęściej występuje centralne usytuowanie znaku diakrytycznego, które stanowi 56,67% próby. W grupie kontrolnej również i ta zmienna pojawia się najczęściej, odnotowując swoją obecność w 50% rękopisów.

Prawostronne usytuowanie znaku diakrytycznego w stosunku do korpusu litery nieznacznie częściej stwierdzono w grupie kontrolnej (46,67%) niż w grupie badanej (43,33%). Najrzadziej odnotowano wystąpienie lewostronnego usytuowania znaku diakrytycznego, które wystąpiło tylko w jednej próbie pochodzącej z grupy kontrolnej.

W odniesieniu do kształtu znaku, piszący najczęściej osadzają nad trzonem litery kropkę (41,67%), nieco częściej chorzy (46,67%) niż zdrowi (36,67%). Kreska przeważa w grupie kontrolnej (36,67%), która w rękopisach chorych na psychozę występuje w 26,67% prób. Inny kształt znaku diakrytycznego równolicznie wystąpił w obydwu grupach, stanowiąc 26,67% prób w każdej grupie. Inne znaki diakrytyczne przyjmowały najczęściej formę haczyków lub łuków. W grupie badanej jeden z piszących stosował ozdobny znak diakrytyczny w formie kółeczka. Dodać należy, iż ten sam probant identyczny znak diakrytyczny zastosował przy literze „j”.

W świetle powyższego, żadna z opisywanych zmiennych nie spełnia warunków założonych dla grafizmu schizofreników.

2. Modelunek znaku diakrytycznego „j”.

Zaobserwowano, iż w grupie badanej najczęściej znak diakrytyczny litery „j” usytuowany był na osi litery (60%); niemniej w grupie kontrolnej zmienna ta również była najczęściej reprezentowana, występując w 56,67% prób. Równolicznie w obydwu grupach (33,33%) występowało przesunięcie prawostronne znaku diakrytycznego. Tylko pięciokrotnie wystąpiło przesunięcie znaku diakrytycznego w lewo (dwa przypadki w grupie badanej i trzy przypadki w grupie kontrolnej).

W modelunku znaku diakrytycznego najrzadziej występowała kreska (15%), nieomal w identycznej liczbie w grupie badanej i kontrolnej (odpowiednio 13,33% i 16,67%). Odnotowano równoliczne występowanie kropki nad trzonem litery „j”; tak w grupie badanej i kontrolnej zmienna ta wystąpiła w 36,67% rękopisów. Inny znak diakrytyczny, który najczęściej przybierał formę haczyka bądź postaci zbliżonej do łuku, zdecydowanie dominował w badanej próbie, stanowiąc połowę rękopisów w grupie badanej i 46,67% w grupie kontrolnej.

Naturalnie, żadna z tych zmiennych nie może być uznana za znamionną dla grafizmu schizofreników.

3. Modelunek znaku diakrytycznego litery „l”.

Przeprowadzona analiza wykazała brak związku pomiędzy schizofrenią a zmiennymi opisującymi ciągłość modelunku litery „l”. W grupie badanej zdecydowanie dominowało oderwanie środka pisarskiego od podłoża po nakreśleniu trzonu (93,33%), które w grupie kontrolnej wystąpiło w 86,67% rękopisów. Kreślenie znaku diakrytycznego bez oderwania narzędzia od podłoża spotykano niezwykle rzadko, bo sześciokrotnie, w tym u dwóch chorych na schizofrenię.

W zdecydowanej większości badani preferowali znak diakrytyczny w formie prostej, przecinającej trzon kreski, która to zmienna wystąpiła równolicznie w obydwu grupach, stanowiąc 83,33% badanej próby. Kreskę wygiętą odnotowano w 16,67% rękopisów.

Nadtrzonowe usytuowanie znaku diakrytycznego litery „l” wyraźnie dominowało w badanej próbie (91,67%). Taką lokalizację prawie równolicznie spotykano w obydwu grupach (chorzy - 93,33%, zdrowi - 90%). Znak diakrytyczny litery „l” przecinający drzewce wystąpił jedynie w 8,33% próby.

Związek opisywanych zmiennych jest zbyt słaby i niedostatecznie istotny, aby zaliczyć go do cech dystynktywnych.

4. Modelunek znaku diakrytycznego litery „t”.

Najczęściej, zarówno w grupie badanej i w grupie kontrolnej, znak diakrytyczny litery „t” był wolny, a więc nie powiązany z trzonem litery (90%). Zmienna ta występowała równolicznie w obydwu grupach, tj. u 27 piszących

z każdej grupy stwierdzono taką ciągłość modelunku. Tylko w 10% rękopisów odnotowano ciągłość duktu po nakreśleniu drzewca litery „t”.

Probandzi preferowali znak diakrytyczny w kształcie prostej kreski (88,33% rękopisów), minimalnie częściej w grupie badanej (90%) niż w grupie kontrolnej (86,67%). Pozostałych siedmiu piszących stosowało kształt znaku diakrytycznego litery „t” w formie wygiętej kreseczki, w tym trzech piszących z grupy badanej.

W konsekwencji stwierdzono brak związku pomiędzy psychozą a preferencjami modelunku znaku diakrytycznego litery „t”.

5. Modelunek znaku diakrytycznego litery „ą”.

W badanej próbie dominuje lewostronne ukierunkowanie znaku diakrytycznego (45%), które nieomal dwukrotnie częściej występuje w grupie kontrolnej (56,67%) niż w grupie badanej (33,33%). Drugą zmienną pod względem częstości występowania w próbie jest prawostronny znak diakrytyczny, który nieomal równolicznie pojawia się w obydwu grupach (badana - 30%, kontrolna - 26,67%).

Najrzadziej spotykaną zmienną był ukierunkowany na wprost wężyk litery „ą”. Ponad dwukrotnie częściej taki modelunek preferowali schizofrenicy (36,67% próbek). Zarówno związek tej zmiennej ($Q=0,49$), jak i istotność ($\alpha = 0,10$) ocierają się o granice zaliczenia tej zmiennej do cech dystynktywnych.

6. Modelunek znaku diakrytycznego litery „ę”.

Blisko połowa piszących (46,67%) stosowała lewostronny modelunek wężyka, nieco częściej piszący z grupy kontrolnej (50%) niż z grupy badanej (43,33%). Również prawostronne ukierunkowanie znaku diakrytycznego częściej występowało w grupie kontrolnej (33,33%) niż w grupie badanej (26,67%). Z kolei modelunek znaku diakrytycznego ukierunkowany na wprost częściej pojawia się w piśmie osób chorych na schizofrenię (30%) niż w piśmie osób z grupy kontrolnej (16,67%). Jednakże siła tego związku ($Q=0,36$) i jego istotność plasuje się poniżej założonych poziomów. W świetle powyższego, opisywane zmienne nie mogą być zaliczone do cech grafizmu chorych.

2.4. CIAGŁOŚĆ PISMA.

2.4.1. IMPULS PISMA.

Wszystkie próbki nakreślone zostały bądź impulsem literowym (53,33%) bądź impulsem grupowym (46,67%). Nie odnotowano występowania pozostałych rodzajów impulsu, tj. grammowego i wyrazowego. W grupie chorych na schizofrenię najczęściej występuje impuls literowy (60%), zaś w grupie kontrolnej impuls sylabowy (53,33%). Dodać należy, iż impuls sylabowy spotkano w grupie chorych w 40% rękopisów.

W konsekwencji, zmienne opisujące impuls pisma nie wykazują związku ze schizofrenią. Niemniej, jak to wyżej przedstawiono, w rękopisach schizofreników przeważa impuls literowy. Pomimo faktu, iż nie ma podstaw do traktowania omawianej zmiennej jako różnicującej grafizmy na schizofreniczne i osób zdrowych, trzeba przyznać rację T. Widle, T. Stein-Lewinson, E. Pięciorek oraz M. Legieniowi i K. Zgryzkowi⁸³⁷, którzy twierdzili o przechodzeniu wyższej formy impulsu w niższą i dominacji niskiej łączliwości pisma.

2.4.2. PRZERWA PO NAKREŚLENIU LITERY ZE ZNAKIEM DIAKRYTYCZNYM.

Przerwa po nakreśleniu litery „l”

Prawie wszyscy badani odrywali środek pisarski od podłoża po nakreśleniu trzonu litery „l” (91,67%), prawie równolicznie w grupie badanej i kontrolnej (odpowiednio 93,33% i 90%). Tylko w pięciu przypadkach odnotowano brak przerwy, w tym w dwóch przypadkach piszących ze zdiagnozowaną schizofrenią.

⁸³⁷ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23-26; T. Stein -Lewinson: *op. cit.*, s. 73-74; E. Pięciorek: *op. cit.*, s. 15-16; M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 113-118.

Przerwa po nakreśleniu litery „t”

Przerwa po nakreśleniu litery „t” występuje w 93,33% rękopisów badanej próby, zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej. Brak przerwy wystąpił równolicznie w obydwu grupach, tj. dwukrotnie.

Przerwa po nakreśleniu litery „q”

Zdecydowana większość probantów kreśliła znaki diakrytyczne litery „ą” bez oderwania środka pisarskiego od papieru (81,67%), w tym wszystkie osoby zdrowe oraz 83,33% piszących z grupy badanej.

16,67% schizofreników przerywało dukt po wymodelowaniu liter, celem nakreślenia znaku diakrytycznego litery „ą”. **Związek opisanej zmiennej cechuje niezwykle silny ($Q=1$) oraz bardzo istotny ($\alpha = 0,025$) związek, co pozwala tę zmienną zaliczyć do różnicujących grafizmy osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych.**

Przerwa po nakreśleniu litery „ę”

Uderzająco podobnie jak i przy literze „ą”, kreślono znak diakrytyczny litery „ę”. Przytłaczająca większość piszących kreśliła bowiem sedijki litery „ę” bez oderwania środka pisarskiego od papieru (93,33%), w tym wszystkie osoby zdrowe oraz 86,67% piszących z grupy badanej. Pozostała część, tj. 13,33% schizofreników, przerywała dukt po wymodelowaniu liter, celem nakreślenia wężyka litery „ę”. **Związek opisanej zmiennej cechuje bardzo silny ($Q = 1$) oraz bardzo istotny ($\alpha = 0,50$) związek, co pozwala tę zmienną zaliczyć w poczet cech pisma ręcznego schizofreników.**

3. CECHY PISMA RĘCZNEGO CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ.

Z katalogu 178 zmiennych, który został wyróżniony na potrzeby niniejszych badań, siedem zmiennych jest na tyle silnie i istotnie związanych z psychozą piszącego, iż mogą być uznane za cechy grafizmu schizofreników. Poniżej przedstawiono zestawienie tabelaryczne, które uporządkowano według współczynnika korelacji „Q”.

Tabela 6.1. Cechy pisma ręcznego schizofreników

L.p.	Zmienna	Wartość Q	Wartość χ^2	Poziom istotności
1.	Kątowy łącznik wyjściowy „n”	1	12	0,001
2.	Przerwa po nakreśleniu litery „ą”	1	5,45	0,025
3.	Przerwa po nakreśleniu litery „ę”	1	4,29	0,05
4.	Kątowy łącznik wejściowy „n”	0,83	6,41	0,025
5.	Dolna linia wyrazu kręta	0,65	8,15	0,005
6.	Pismo wysmukłe	0,6	5,93	0,025
7.	Kątowy łącznik wejściowy „m”	0,56	4,8	0,05

W tym miejscu warto też, w celu lepszego ukazania różnic występujących pomiędzy pismem ręcznym chorych na schizofrenię a pismem osób zdrowych, zaprezentować katalog cech mających dostatecznie silny związek z pismem osób z grupy kontrolnej.

Tabela 6.2. Cechy pisma ręcznego osób bez psychozy

L.p.	Zmienna	Wartość Q	Wartość χ^2	Poziom istotności
1.	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ą”	-1	5,45	0,025
2.	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ę”	-1	4,29	0,05
3.	Girlandowy łącznik wejściowy „m”	-0,81	9,32	0,005
4.	Girlandowy modelunek poligramm „m”	-0,64	4,81	0,05
5.	Girlandowy łącznik wyjściowy „n”	-0,53	4,59	0,05
6.	Dolna linia wyrazu równa	-0,53	4,59	0,05

Warto dodać, iż w badanej próbie wystąpienie w piśmie cech z katalogu chorych na psychozę, wyklucza pojawienie się zmiennych znamienych dla osób zdrowych. Tę zasadę wzajemnego wykluczania się określonych zmiennych

zobrazuje kolejne zestawienie tabelaryczne (Tabela 6.3.), przy czym oczywistym jest, iż chodzi tutaj o zmienne, które są dostatecznie silnie i istotnie związane, a więc w których siła związku (współczynnik korelacji Kendalla „Q”) wynosi co najmniej 0,5, zaś wartość krytyczna uzasadniająca odrzucenie hipotezy zerowej α co najmniej 0,05.

Tabela 6.3. Wykluczanie się cech pisma ręcznego osób ze schizofrenią i osób zdrowych

L.p.	Grupa badana	Grupa kontrolna
1.	Przerwa po nakreśleniu litery „ą”	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ą”
2.	Przerwa po nakreśleniu litery „ę”	Brak przerwy po nakreśleniu litery „ę”
3.	Kątowy łącznik wejściowy litery „m”	Girlandowy łącznik wejściowy „m”
4.	Kątowy łącznik wyjściowy litery „n”	Girlandowy łącznik wyjściowy „n”
5.	Dolna linia wyrazu kręta	Dolna linia wyrazu równa

Jest to niezwykle cenne spostrzeżenie, które w przeprowadzonych badaniach pozwala na zróżnicowanie rękopisów na schizofreniczne i osób zdrowych. Za kryterium służy tutaj wystąpienie dwóch przeciwstawnych i wzajemnie się wykluczających zmiennych, istotnie związanych z grafizmem schizofreników bądź osób zdrowych, a których związek jest istotny ($\alpha \leq 0,05$).

Zdaniem autora, po ustaleniu znamion grafizmu schizofreników, warto przedstawić dodatkowe zestawienia, które pozwolą zobrazować nasycenie pisma cechami zaliczonymi do katalogu cech chorych na schizofrenię - zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej. W tym celu sporządzono dla każdej z grup Tabelę 6.4., a następnie u każdego probanta zliczono liczbę cech pisma (z ustalonego w niniejszych badaniach katalogu zmiennych „schizofrenicznych”), która wystąpiła u piszącego.

Tabela 6.4. Nasycenie prób pisma grupy badanej cechami z katalogu schizofreników

Grupa badana								
Próba nr	Cechy pisma ręcznego schizofreników							
	Kątowy łącznik wyjściowy „n”	Przerwa po nakreśleniu litery „q”	Przerwa po nakreśleniu litery „e”	Kątowy łącznik wejściowy „n”	Dolna linia wyrazu kręta	Pismo wysmukłe	Kątowy łącznik wejściowy „m”	Suma
1.					1			1
2.		1	1					2
3.					1	1		2
4.					1	1	1	3
5.					1	1	1	3
6.		1			1			2
7.					1			1
8.					1	1		2
9.					1	1	1	3
10.		1	1		1	1		4
11.				1	1		1	3
12.					1	1	1	3
13.	1	1	1		1	1	1	6
14.	1			1	1		1	4
15.								0
16.	1			1	1	1	1	5
17.				1		1	1	3
18.	1							1
19.								0
20.	1		1	1	1		1	5
21.	1				1			2
22.								0
23.	1				1	1		3
24.				1		1		2
25.					1			1
26.	1			1	1	1		4
27.	1			1			1	3
28.					1	1	1	3
29.		1			1	1	1	4
30.	1				1		1	3

Tabela 6.5. Nasycenie prób pisma grupy kontrolnej cechami z katalogu schizofreników

Grupa kontrolna								
Próba nr	Cechy pisma ręcznego schizofreników							
	Kątowny łącznik wyjściowy „n”	Przerwa po nakreśleniu liter „a”	Przerwa po nakreśleniu liter „e”	Kątowny łącznik wejściowy „n”	Dolna linia wyrazu kręta	Pismo wysmukłe	Kątowny łącznik wejściowy „m”	Razem
1.								0
2.							1	1
3.					1			1
4.					1			1
5.					1			1
6.					1			1
7.					1	1		2
8.					1			1
9.								0
10.								0
11.								0
12.				1		1	1	3
13.							1	1
14.								0
15.								0
16.								0
17.						1		1
18.								0
19.					1		1	2
20.								0
21.					1	1	1	3
22.								0
23.						1		1
24.					1			1
25.					1	1	1	3
26.								0
27.								0
28.								0
29.								0
30.					1			1

Tabela 6.6. Zbiorcze zestawienie nasycenia badanych rękopisów cechami z ustalonego katalogu schizofreników

Próba nr	Ilość cech pisma ręcznego schizofreników z ustalonego katalogu - rękopisy chorych na schizofrenię (grupa badana)	Ilość cech pisma ręcznego schizofreników z ustalonego katalogu - rękopisy osób zdrowych psychicznie (grupa kontrolna)
1.	1	0
2.	2	1
3.	2	1
4.	3	1
5.	3	1
6.	2	1
7.	1	2
8.	2	1
9.	3	0
10.	4	0
11.	3	0
12.	3	3
13.	6	1
14.	4	0
15.	0	0
16.	5	0
17.	3	1
18.	1	0
19.	0	2
20.	5	0
21.	2	3
22.	0	0
23.	3	1
24.	2	1
25.	1	3
26.	4	0
27.	3	0
28.	3	0
29.	4	0
30.	3	1
Razem:	78	24
Średnio:	2,60	0,80

Jak widać z powyższych zestawień, nasycenie pisma ręcznego zmiennymi należącymi do ustalonego w niniejszych badaniach katalogu cech charakterystycznych dla rękopisów schizofreników, jest zdecydowanie większe w grupie badanej, aniżeli w grupie kontrolnej.

Zaobserwowano, iż w rękopisach osób ze schizofrenią występuje 0-6 katalogowych cech grafizmu schizofreników (średnio 2,60); w rękopisach osób zdrowych występowanie tych cech waha się w granicach 0-3 (średnio 0,80).

Zatem nasycenie przeciętnego rękopisu schizofrenika było bogatsze od przeciętnego rękopisu osoby bez uchwytnych zaburzeń psychicznych o ponad trzy cechy z ustalonego katalogu (3,25). Spostrzeżenie to można wykorzystać do zróżnicowania rękopisów na te pochodzące od osób ze schizofrenią oraz osób zdrowych psychicznie.

W grupie osób ze schizofrenią tylko w trzech przypadkach nie odnotowano wystąpienia żadnej zmiennej z katalogu; w grupie kontrolnej było to 14 próbek. W czterech próbach z grupy badanej zaobserwowano wystąpienie jednej zmiennej katalogowej (w grupie kontrolnej - 11). W sześciu rękopisach z grupy badanej zmienne z katalogu wystąpiły dwukrotnie (w grupie kontrolnej dotyczyło to 2 rękopisów), zaś w dziesięciu - trzykrotnie (w grupie kontrolnej - 3). W siedmiu rękopisach pochodzących od schizofreników stwierdzono wystąpienie czterech bądź więcej zmiennych katalogowych; nie zaobserwowano wystąpienia takiego stopnia nasycenia rękopisów osób zdrowych zmiennymi katalogowymi. Poniżej tabela przedstawiająca powyższe zależności:

Tabela 6.7. Ilość zmiennych z ustalonego katalogu schizofreników, występująca w grupie badanej i kontrolnej

Ilość zmiennych z ustalonego katalogu cech pisma schizofreników, która wystąpiła w rękopisach	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	l. bezwzględna rękopisów	%	l. bezwzględna rękopisów	%
0	3	10,00	14	46,67
1	4	13,33	11	36,66
2	6	20,00	2	6,67
3	10	33,34	3	10,00
4	4	13,33	0	0
5	2	6,67	0	0
6	1	3,33	0	0
7	0	0	0	0

Stopień nasycenia rękopisów cechami z katalogu pisma schizofreników na poziomie trzech zmiennych wydaje się być wartością graniczną w przeprowadzonych badaniach. Najczęściej (33,34%) w grupie schizofreników występują właśnie trzy zmienne umieszczone w katalogu cech graficznych pisma schizofreników. W grupie kontrolnej liczba trzech zmiennych występuje trzykrotnie rzadziej (10%) i jednocześnie jest to górna granica nasycenia; nie odnotowano bowiem żadnego rękopisu, w którym stwierdzono wyższy poziom nasycenia zmiennymi katalogowymi.

Trzeba jednak zauważyć, iż wciąż nie została wyjaśniona kwestia trafności i wiarygodności stosowania ustalonego w niniejszych badaniach katalogu cech pisma ręcznego schizofreników. Udzielenie odpowiedzi na te pytania wymaga zastosowania testów standardowo wykorzystywanych przy badaniach czułości i wiarygodności danej metody diagnostycznej. **Założono więc, iż ustalony katalog siedmiu znamion grafizmu schizofreników będzie traktowany jako test diagnostyczny, pozwalający na wykrycie schizofrenii u piszącego⁸³⁸.**

Badając cały zgromadzony materiał badawczy (rękopisy chorych i materiał porównawczy) pod kątem wystąpienia co najmniej jednej cechy z ustalonego katalogu, a jednocześnie znając rzeczywistość (tj. który piszący jest schizofrenikiem, a który jest zdrowy psychicznie), można przedstawić następujące zależności:

Liczebności obserwowane	Rękopisy schizofreników	Rękopisy osób zdrowych
Wynik pozytywny (wystąpiła co najmniej jedna cecha z ustalonego katalogu)	27	16
Wynik negatywny (nie wystąpiła żadna cecha z ustalonego katalogu)	3	14

Wobec tego, kierując się ustalonym katalogiem cech pisma ręcznego schizofreników i wynikami badań co do występowania w rękopisach wszystkich

⁸³⁸ Opis wskaźników zaczerpnięto ze strony internetowej http://pqstat.pl/?mod_f=diagnoza (według stanu na dzień 25.06.2013 r.). Wyliczeń miar czułości, swoistości, wartości predykcyjnych dodatnich i ujemnych, współczynnika chorobowości, ilorazu wiarygodności wyniku dodatniego i wyniku ujemnego oraz dokładności dokonano za pomocą programu komputerowego PQStat Software Statystyczne Oprogramowanie Obliczeniowe (wersja 1.4.6).

piszących co najmniej jednej z cechy pisma ręcznego, znając równocześnie rzeczywistość (tzw. *gold-standard*) czyli wiedząc, kto z piszących jest chory na schizofrenię, a kto nie objawia zaburzeń psychicznych, można zbudować tabelę kontyngencji 2 x 2.

Liczebności obserwowane		Rzeczywistość (<i>gold-standard</i>)		
		Choroba (+)	Brak choroby (-)	Suma
Test diagnostyczny (występowanie co najmniej jednej z siedmiu cech z ustalonego katalogu znamion grafizmu schizofreników)	Wynik pozytywny (+)	TP	FP	TP + FP
	Wynik negatywny (-)	FN	TN	FN + TN
	Suma	TP + FN	FP + TN	$n = TP + FP + FN + TN$

TP – wyniki prawdziwie dodatnie (*true positive*)

FP – wyniki fałszywie dodatnie (*false positive*)

FN – wyniki fałszywie ujemne (*false negative*)

TN – wyniki prawdziwie ujemne (*true negative*)

Dla powyższej tabeli możemy wyliczyć poniższe parametry⁸³⁹.

1. Czulość i swoistość testu diagnostycznego.

Każdy test diagnostyczny może w niektórych przypadkach uzyskać wyniki różne od wyników rzeczywistych, np. test diagnostyczny na podstawie otrzymanych parametrów klasyfikuje pacjenta do grupy osób chorych na daną chorobę, bądź grupy zdrowych. W rzeczywistości, ilość osób zakwalifikowanych do powyższych grup przez test może się różnić od ilości osób rzeczywiście zdrowych i rzeczywiście chorych.

Stosowane są dwie miary oceny trafności testu. Są to:

- **Czulość** (*sensitivity*) – opisuje zdolność wykrywania osób rzeczywiście chorych (posiadających daną cechę). Jeśli więc badamy grupę osób

⁸³⁹ Przedział ufności dla wszystkich wskaźników budowany jest w oparciu o metodę Cloppera-Pearsona dla pojedynczej proporcji, która jest dokładna dla prób o mniejszej liczności.

chorych, to czułość daje nam informacje, jaki procent z nich ma pozytywny wynik testu.

$$\text{czułość} = \frac{TP}{TP + FN}$$

- **Swoistość** (*specificity*) – opisuje zdolność wykrywania osób rzeczywiście zdrowych (bez danej cechy). Jeśli więc badamy grupę osób zdrowych, to swoistość daje nam informacje jaki procent z nich ma negatywny wynik testu.

$$\text{swoistość} = \frac{TN}{FP + TN}$$

2. Wartości predykcyjne dodatnie i ujemne oraz współczynnik chorobowości.

- **Wartość predykcyjna dodatnia PPV** (*positive predictive value*) – prawdopodobieństwo, że probant cierpiał na schizofrenię, na co wskazywał pozytywny wynik testu (badanie cech pisma ręcznego wykazało wystąpienie co najmniej jednej z cech z ustalonego katalogu). Jeśli więc badana osoba otrzymała pozytywny wynik testu, to PPV daje jej informację na ile może być pewna, że cierpi na daną chorobę.

$$PPV = \frac{TP}{TP + FP}$$

- **Wartość predykcyjna ujemna NPV** (*negative predictive value*) – prawdopodobieństwo, że probant nie miał choroby, uzyskując negatywny wynik testu. Jeśli więc badana osoba otrzymała negatywny wynik testu, to NPV daje jej informację na ile może być pewna, że nie cierpi na daną chorobę.

$$NPV = \frac{TN}{FN + TN}$$

- **Współczynnik chorobowości** (*prevalence*) – prawdopodobieństwo wystąpienia choroby w populacji, dla której przeprowadzony był test diagnostyczny.

$$\text{Współczynnik chorobowości} = \frac{TP + FN}{n}$$

3. Iloraz wiarygodności wyniku dodatniego i iloraz wiarygodności wyniku ujemnego.

- **Iloraz wiarygodności wyniku dodatniego LR_+** (*likelihood ratio of positive test*) – miara ta pozwala na porównywanie dopasowania wyników kilku testów do tzw. *gold-standard* i nie jest zależna od rozpowszechnienia choroby. Jest to iloraz dwóch szans: szansy na to, że pozytywny wynik testu otrzyma osoba z grupy chorych do szansy, że ten sam efekt będzie obserwowany wśród osób zdrowych.

$$LR_+ = \frac{\text{czułość}}{1 - \text{swoistość}} = \frac{TP (TP + FN)}{FP (FP + TN)}$$

- **Iloraz wiarygodności wyniku ujemnego LR_-** (*likelihood ratio of negative test*) – jest to iloraz dwóch szans: szansy na to, że negatywny wynik testu otrzyma osoba z grupy chorych do szansy, że ten sam efekt będzie obserwowany wśród osób zdrowych.

$$LR_- = \frac{1 - \text{czułość}}{\text{swoistość}} = \frac{FN (TP + FN)}{TN (FP + TN)}$$

- ### 4. Dokładność Acc (*accuracy*) – prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy przy wykorzystaniu testu diagnostycznego. Jeśli więc badana osoba otrzymała pozytywny lub negatywny wynik testu, to Acc daje jej informację o tym, na ile może być pewna postawionej diagnozy.

$$Acc = \frac{TP + TN}{n}$$

Kierując się powyższymi założeniami, na potrzeby przeprowadzonych badań skonstruowano poniższą tabelę kontyngencji 2 x 2.

Tabela 6.8. Tabela kontyngencji – występowanie co najmniej jednej cechy z ustalonego katalogu schizofreników, traktowanego jako test diagnostyczny

Liczebności obserwowane		Rzeczywistość (<i>gold-standard</i>)		
		Choroba (+)	Brak choroby (-)	Suma
Test diagnostyczny (występowanie co najmniej jednej z siedmiu cech z ustalonego katalogu znamion grafizmu schizofreników)	Wynik pozytywny (+)	27	16	43
	Wynik negatywny (-)	3	14	17
	Suma	30	30	60

Tabela 6.9. Wiarygodność diagnostyczna ustalonego katalogu cech pisma ręcznego schizofreników

Testy diagnostyczne, czułość i swoistość		Dane :		
Analizowane zmienne	Tabela kontyngencji	r1	27	16
Poziom istotności	0,05	r2	3	14
Czułość	0,9	% wiersza :		
-95% CI	0,734712		c1	c2
+95% CI	0,978883	r1	62,79%	37,21%
Swoistość	0,466667	r2	17,65%	82,35%
-95% CI	0,283418			
+95% CI	0,656745			
Wartości predykcyjne dodatnie (PPV)	0,627907			
-95% CI	0,467251			
+95% CI	0,770248			
Wartości predykcyjne ujemne (NPV)	0,823529			
-95% CI	0,565682			
+95% CI	0,962015			
Iloraz wiarygodności wyniku dodatniego (PLR)	1,6875			
-95% CI	1,182822			
+95% CI	2,407511			
Iloraz wiarygodności wyniku ujemnego (NLR)	0,214286			
-95% CI	0,068557			
+95% CI	0,669781			
Dokładność (ACC)	0,683333			
-95% CI	0,55044			
+95% CI	0,797424			
Współczynnik chorobowości	0,5			
-95% CI	0,368062			
+95% CI	0,631938			

Powyżej przeprowadzona analiza miar (wartości) trafności pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. 90% chorych na schizofrenię, których rękopisy zostały przeanalizowane w aspekcie występowania cech pisma ręcznego z ustalonego katalogu grafizmu chorych, zostało poprawnie zdiagnozowanych, czyli nakreślone przez nich rękopisy zostały poprawnie zakwalifikowane jako rękopisy schizofreników.
2. 46,66% osób nie zdradzających formalnych zaburzeń psychicznych zostało poprawnie zdiagnozowanych, tj. w rękopisach nakreślonych przez te osoby nie występowała żadna cecha pisma ręcznego z ustalonego katalogu cech osób chorych na schizofrenię.
3. Osoba, u której stwierdzono występowanie jednej z cech z ustalonego katalogu cech pisma ręcznego schizofreników, ma 62,79% pewność, iż cierpi na schizofrenię.
4. Osoba, u której nie stwierdzono występowania żadnej z cech z ustalonego katalogu cech pisma ręcznego schizofreników, może być w 82,35% pewna, iż nie cierpi na tę chorobę.
5. Szansa na to, iż pozytywny wynik badania przy zastosowaniu wyróżnionego katalogu cech pisma ręcznego schizofreników (w rękopisie wystąpiła co najmniej jedna cecha grafizmu schizofreników) jest rzeczywiście chora na schizofrenię jest 1,68 razy większa niż szansa, że pozytywny wynik takiej analizy uzyska piszący rzeczywiście zdrowy, nie chorujący na schizofrenię.
6. Szansa na to, iż negatywny wynik analizy cech pisma ręcznego probanta (w rękopisie nie stwierdzono występowania ani jednej cechy z ustalonego katalogu pisma schizofreników) zostanie uzyskany przez osobę rzeczywiście chorą na schizofrenię, stanowi 21,42% szansy na to, iż negatywny wynik przeprowadzonej analizy pisma ręcznego otrzyma piszący rzeczywiście zdrowy, nie chorujący na schizofrenię.
7. Prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy (osoba chora na schizofrenię – osoba zdrowa) przy zastosowaniu analizy pisma ręcznego w aspekcie występowania znamion grafizmu schizofreników z ustalonego w niniejszych badaniach katalogu, wynosi ok. 68,33%.

Ustalenie siedmiu zmiennych, przy pomocy których można udanie różnicować rękopisy na chorych na schizofrenię i osób nie zdradzających uchwytnych zaburzeń psychotycznych, kończy pierwszy etap części opisowej. W drugim etapie analizie poddany zostanie aspekt neurologiczny i psychiatryczny prób pisma.

4. ASPEKT NEUROLOGICZNY I PSYCHIATRYCZNY WYPOWIEDZI NA PIŚMIE.

Eksperci pisma podkreślają, że kompleksową ekspertyzę pismoznawczą zapewnia badanie tak warstwy graficznej, jak i językowo-treściowej. A. Feluś zwraca uwagę, że niewłaściwe jest badanie powyższych warstw w oderwaniu od siebie, albowiem uzupełniają się one nawzajem. W podobnym tonie wypowiada się także Z. Czeczot, który uważa, że cechy treściowe i językowe pozwalają wyciągnąć wnioski prowadzące do identyfikacji grupowej, a niekiedy nawet do identyfikacji indywidualnej autora pisma⁸⁴⁰. Również W. Wójcik do istotnego zespołu cech pisma zalicza właściwości języka, które podlegają badaniu w powiązaniu z cechami graficznymi rękopisu⁸⁴¹.

Powyższy fakt ma szczególne znaczenie w badaniu rękopisów osób chorych psychicznie. Dlatego też dokonując analizy wypowiedzi takich osób, należy rozróżnić i uwzględnić aspekt zaburzeń neurologicznych oraz aspekt psychiatryczny; objawy obydwu tych aspektów są ściśle ze sobą powiązane. Jak podkreślają W. Chłopicki i J. S. Olbrycht, symptomy cielesne, psychiatryczne i neurologiczne obrazują tylko dwa różne oblicza złożonej, zharmonizowanej czynności neuropsychicznej, jaką jest pisanie⁸⁴². Reasumując, warstwa treściowo-językowa wypowiedzi na piśmie jest nośnikiem wielu istotnych informacji w przedmiocie kondycji psychofizycznej autora; w połączeniu z analizą grafizmu

⁸⁴⁰ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 123-124, s.112.

⁸⁴¹ W. Wójcik: *Badania porównawcze ...*, s.439.

⁸⁴² W. Chłopicki, J. S. Olbrycht: *op. cit.*, s.16.

pozwała i ułatwia ustalenie samego faktu istnienia poważnych anomalii psychicznych⁸⁴³.

W niniejszych badaniach, aby umożliwić analizę zarówno aspektu neurologicznego, jak i psychiatrycznego wypowiedzi na piśmie, od chorych na schizofrenię pobierano (obok tekstu dwóch pierwszych zwrotek hymnu) także dodatkową samodzielną wypowiedź na piśmie, co ułatwić miało badanie warstwy treściowo – językowej. Takie postępowanie umożliwia zarówno analizę zaburzeń neurologicznych pisma (np. drżenia, powodującego zniekształcenie pisanych liter i słów) oraz zaburzeń psychiatrycznych, które odzwierciedlają patologiczne zmiany psychiczne osobowości ludzkiej, w tym również rysów schizofazji, rozumianej jako kompleks typowych dla schizofrenii zaburzeń językowych (w tym m.in. nielogiczności, echolalii, zbaczania wypowiedzi, czyli wszelkich fenomenów językowych, które wiążą się z dezintegracją wypowiedzi).

WYNIKI BADAŃ.

▪ Próbką nr 1.

W rękopisie zwraca uwagę zamaszystość pisma, które kreślone było z dużym napędem ruchowym. Pismo całkowicie poprawne pod względem ortograficznym i językowym, jak również czytelne, pomimo szybkiego tempa kreślenia. Znak diakrytyczny liter „i” oraz „j” kreślony jest w formie pionowej kreski. Z punktu widzenia analizy neurologicznej, w piśmie nie znajdujemy jednakże większych szczegółów godnych uwagi. Ze względu na zdecydowany sprzeciw probanta wobec napisania samodzielnej wypowiedzi, niemożliwe jest przeprowadzenie analizy aspektu psychiatrycznego pisma.

⁸⁴³ T. Widła słusznie zwraca uwagę również na fakt, że treść rękopisów często zdradza, iż pochodzi on od chorego psychicznie; niemniej niejednokrotnie osoby takie pozostawiają rękopisy składne i sensowne, a tymczasem z innych źródeł wiadomo, że byli dotknięci schorzeniem powszechnie przyjmowanym za podstawę nieważności oświadczenia woli. Istnieją również rozbieżności poglądów co do badania sfery treściowo-językowej wypowiedzi na piśmie, czy jest to przedmiot zainteresowania ekspertyzy pismoznawczej, czy też osobny typ ekspertyzy. Wątpliwości budzi również fakt, czy bardziej właściwszy w tej dziedzinie od eksperta pisma będzie psychiatra; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 22-23.

▪ **Próbka nr 2.**

Pismo o impulsie literowym, jednostajne, drobiazgowo, całkowicie poprawne pod względem ortograficznym. Nachylenie wierszy o krętym kształcie, przybiera delikatne cechy krzywizny rozbieżnej. W wyrazach „zginęła” i „wzięła” uwidacznia się zanik znaków diakrytycznych (wężyków litery „ę”). Brak uchwytnych zaburzeń neurologicznych w piśmie, a z uwagi na odmowę sporządzenia samodzielnej wypowiedzi, niemożność dokonania analizy potencjalnych symptomów patologii językowej.

▪ **Próbka nr 3.**

Zwraca uwagę zamaszysty charakter pisma, świadczący o dużym napędzie ruchowym autora, w szczególności uwidoczniającym się w kreśleniu trzonów podlinijnych litery „y”. Często chory w specyficzny sposób kreśli wężyki litery „ę”, jako proste przedłużenie litery, bez zaakcentowania ich jako znaku diakrytycznego. Obok powyższego, występuje również zanik znaków diakrytycznych litery „ę” i „ą”. Linia wierszy w sposób wyraźny opada. Samodzielna wypowiedź wykazuje pewną nieudolność stylistyczną, ale ze stanowiska analizy neurologicznej i psychiatrycznej nie znajdujemy w tym piśmie szczegółów godnych uwagi, może poza pewnymi rysami depresyjnymi zawartymi w treści wypowiedzi, wskazującymi na ogólne zahamowanie i przygnębienie. Na powyższe wskazywałyby również takie cechy pisma, jak opadająca linia podstawowa wiersza, zaliczana do charakterystycznych cech pisma osób chorych na depresję⁸⁴⁴. Co prawda przeczy temu duża wysokość pisma (pismo zmniejszone jest uznawane za właściwe dla pisma osób chorych na depresję⁸⁴⁵), niemniej spotyka się doniesienia odwrotne, tj. iż pismo charakteryzuje się powiększonymi literami⁸⁴⁶.

⁸⁴⁴ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24-26; D. Opińska: *op. cit.*, s. 124; U. Sonnemann: *op. cit.*, s. 92-93.

⁸⁴⁵ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 24-26.

⁸⁴⁶ D. Opińska: *op. cit.*, s. 124.

▪ **Próbka nr 4.**

W piśmie tym zauważono niewłaściwe używanie dużych liter oraz znaków przestankowych. Zwracają uwagę zakłócenia linearności pisma, przejawiające się w występowaniu zarówno wznoszącej, jak i opadającej linii wiersza. Zaznaczają się subtelne rysy patologicznej paragrafii, przejawiającej się w dwukrotnym wstawieniu niewłaściwych liter w wyrazach („zwycięzać” - „zwycięcać”, „mróz” - „mróż”). Autor zachował jednak dostateczną kontrolę nad powyższym, dokonując stosownych korekt w tekście. Treść samodzielnej wypowiedzi nie wykazuje zaburzeń psychicznych.

▪ **Próbka nr 5.**

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na nierówność analizowanego pisma, która przejawia się w upośledzeniu kierunkowości liniowej pisma, co skutkuje nie tylko krętą linią wyrazów i wierszy oraz różnorodnym nachyleniem linii podstawowej wierszy, ale również falistością poziomu poszczególnych liter w wyrazie. Odnotowano również dyskretne objawy elementarnych zaburzeń neurologicznych pisma - drzenie i niepewność wzoru pisarskiego kreślonych liter, występowanie znaków literowych kreślonych niejednakowo, z częstymi poprawkami i dodatkowymi kreseczkami. W piśmie widzimy także delikatne rysy agraficzne, przejawiające się w zniekształcaniu pisanych słów poprzez umieszczanie niewłaściwych liter w wyrazach. Niemniej probant zachował zdolność do kontroli popełnianych błędów, dokonując licznych retuszy celem poprawy niepoprawnie napisanych liter. Samodzielna wypowiedź przyjęła postać fraszki; chory zasygnalizował, iż często posługuje się tym utworem literackim w swej twórczości. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż przedmiotowa fraszka została napisana „na poczekaniu”, całkowicie z pamięci, co świadczy o tym, że autor, pomimo psychozy, zachował wysoką sprawność intelektualną. Generalnie cała wypowiedź wykazuje wysoką biegłość pod względem stylistycznym i językowym, ukazuje duże zacięcie literackie oraz plastycznie odtwarza przeżycia piszącego, zachowującego humorystyczny stosunek do choroby. Z pisemnej wypowiedzi wynika również, iż autor jest świadomy faktu, iż jest chory na psychozę („(...) *Panie doktorze, panie doktorze, czy tisercin mi pomoże?(...)*” „(...) *Co się dzieje*” *pyta doktor. „Mam omamy,*

urojenia, ważną misję do spełnienia (...)"', a tym samym pozbawiony jest tzw. bezkrytycyzmu chorobowego, czyli postawy negującej dotknięcie zaburzeniami psychicznymi. Krytycyzm chorobowy piszącego wyrażony w prześmiewczej formie analizowanej fraszki świadczy o zachowanej zdolności do realistycznej oceny rzeczywistości i dostrzegania, że przeżywane trudności są objawem psychozy, że są pewną nieprawidłowością, jak również świadczą (poprzez akceptację rozpoznania lekarskiego) o uznaniu faktu choroby i gotowości czynnego uczestniczenia i współpracy w leczeniu.

▪ **Próbka nr 6.**

Pismo zamasyście kreślone, czytelne. We fragmencie hymnu, poza jednym przecinkiem, nie odnotowano żadnego znaku przestankowego. Nadto w hymnie, zgodnie z zasadami pisowni, litera „ę” powinna wystąpić siedmiokrotnie. W rzeczywistości, probant w trzech przypadkach nie umieścił znaku diakrytycznego, czyli w 42,86% zastosował nieprawidłową pisownię. Linia wiersza przybiera wyraźną tendencję wznoszącą. Treść samodzielnej wypowiedzi pozbawiona jest jakichkolwiek znaków przestankowych (poza końcową kropką), jednakże nie wykazuje zaburzeń psychicznych.

▪ **Próbka nr 7.**

Rękopis charakteryzuje się zakłóceniami linearności oraz wymiarów pisma. Układ wierszy wykazuje cechy krzywizny zbieżnej. Występują częste zniekształcenia rysunków liter, ich niepewne kreślenie, uzupełnianie poprawkami. Probant ten korzystał z udostępnionego tekstu hymnu, albowiem według jego słów, popełnia dużo błędów przy pisaniu tekstu ze słuchu. Powyższe wskazuje na obniżenie zdolności mowy słyszanej, co jest jednym z objawów afazji czuciowej. Niestety, przepisanie wydrukowanego tekstu hymnu nie uchroniło autora rękopisu od popełnienia dużej ilości błędów, co wskazuje na uszkodzenie struktur mózgowych zawiadujących czynnościami mowy, charakterystycznymi dla agrafii. Charakterystyczny jest zanik znaków diakrytycznych litery „ę”, jak również brak jakichkolwiek znaków przestankowych. Uderza częsty zanik liter w danym wyrazie (np. „żyjem” zamiast „żywemy”, „przedziem” w miejsce „przejdziem”, „intrumecie” zamiast „instrumencie”). Momentami probant „wzbogacał” dane słowo

o dodatkową literę (np. „Polskij” w miejsce „Polski”, „Dąbrowowski” - „Dąbrowski”). Powyższe dewiacje w piśmie wskazują na objawy agrafii o charakterze zmian afatycznych. W samodzielnej, lakonicznej wypowiedzi piszącego, z punktu widzenia analizy psychiatrycznej, nie występują jednak żadne charakterystyczne odchylenia.

▪ **Próbka nr 8.**

W rękopisie występuje brak jakichkolwiek znaków przestankowych, zaś pismo jest słabo wyrobione. Występują zaburzenia równości pisma, dotyczące zarówno rozmiarów poszczególnych liter (od pisma średniego do pisma małego), jak i równoległego ich pochylenia. Proband dwukrotnie zniekształcił słowo „przejdziem”, stosując pisownię „przejdzię”. Z uwagi na sprzeciw probanta wobec napisania samodzielnej wypowiedzi, niemożliwe jest przeprowadzenie analizy aspektu psychiatrycznego pisma.

▪ **Próbka nr 9.**

W analizowanym drobnym i monotonnym piśmie, uwidaczniają się elementarne zaburzenia czynności ruchowej aktu pisania w postaci drżenia, objawiającego się powtarzającym się, rytmicznym wychyleniem przebiegu określonej kreski. Układ wierszy pisanego hymnu wykazuje tendencję wznoszącą. Pismo jest poprawne pod względem ortograficznym, gramatycznym i interpunkcyjnym. Treść samodzielnej wypowiedzi przybrała formę pocztówki przesłanej z pobytu z gór (jak to określił probant), co może wskazywać na pewnego rodzaju oderwanie od rzeczywistości, co też potwierdzają życzenia piszącego skierowane dla „całego świata”. O ile we fragmencie hymnu uwidoczniła się wyraźna tendencja wznosząca linii podstawowych wierszy, o tyle we własnej wypowiedzi nachylenie to przybrało wyraźną tendencję opadającą. Lakoniczność sformułowanych życzeń „dla Polski i świata”, niestety nie pozwala na szerszą analizę psychiatryczną wypowiedzi.

▪ **Próbka nr 10.**

Rękopis nasycony jest wieloma błędami ortograficznymi, składniowymi i interpunkcyjnymi. Pismo bardzo słabo wyrobione, kreślone zamasyście,

co świadczy o podnieceniu psychoruchowym autora. Występuje zachwianie liniowej kierunkowości pisma, duże zaburzenia równości pisma zarówno w rysunku poszczególnych liter, jak też w ich równoległym pochyleniu. Układ wierszy przyjął cechy krzywizny rozbieżnej. Występuje mnogość liter kreślonych niejednakowo. W pisowni niektórych słów uwidacznia się drżenie kończyny. Charakterystyczny jest brak znaków przestankowych. Proband w trakcie czynności pisania wielokrotnie sylabizował wyrazy, co nie uchroniło go od popełnienia wielu błędów w postaci braków liter. W piśmie widzimy objawy agrafii o charakterze zmian afaktycznych, które zaobserwował również pobierający próbę pisma. Noszą one cechy parafazji, tj. zniekształcenia wyrazów z powodu zaburzeń kontroli słuchu i jednocześnie niedokładnego różnicowania słyszanych dźwięków. Nadto probant wielokrotnie usiłował zastosować pisownię fonetyczną, zgodną z wymową. Samodzielna wypowiedź świadczy o dużym napędzie do pisania (*graforrhea*), sprawia wrażenie bezładnej i bezsensownej bazgraniny, która według piszącego stanowi pieśń o papieżu. Jej treść jest niezrozumiała, przybrała formę tzw. sałaty słownej, razi dziwacznością użytej symboliki i zestawienia faktów, jak również cudacznym patosem. Uderza kontrast pomiędzy pseudoreligijnym stylem a zupełnymi nedorzecznosciami, które się pod nim kryją. W samodzielnej wypowiedzi zwraca uwagę pisanie niemal wszystkich wyrazów z wielkiej litery, co K. Zgryzek tłumaczy chęcią podkreślenia przez chorego znaczenia swoich słów⁸⁴⁷. Jednocześnie zachodzi podejrzenie występowania zarysów perseweracji („*jak zwyciężać jak zwyciężać*”, „*Wtadał całym Wszechie-Śwatom - Wszestwał*”, „*WIEKUW WIEKÓW - dożywotnie AMENT - AMĘT*”). Cała wypowiedź na piśmie probanta bez wątpienia wypływa z przesłanek patologicznych i stanowi ilustrację daleko posuniętych zmian psychicznych piszącego. Na podstawie analizowanej próby pisma przekonać się można, iż w obrazie pisma ręcznego znajdują odzwierciedlenie zarówno zaburzenia neurologiczne, związane ze sprawnością graficzną kończyny piszącej, jak i zaburzenia wyższych składników pisma.

⁸⁴⁷ M. Legień, K. Zgryzek: *op. cit.*, s. 117-118.

▪ **Próbka nr 11.**

Zauważono wadliwą interpunkcję (nieprawidłowo umieszczona po wyrazie „dąbrowski” kropka). Zaznacza się delikatny rys perseweracji; zamiast słowa „żyjemy”, probant napisał „żyjemn”. Podobnie w wyrazie „przejdziem”, piszący powtórzył literę „j”, w rezultacie czego napisał słowo „przejjdziem”, skreślając jednak dodatkową literę „j”. W omawianym słowie probant spersewerował również gramnę w literze „m”. Persewerację gramny w literze „m” odnotowano również w wyrazach „przewodem”, „nam”, „mamy”. Innych szczególniejszych zaburzeń neurologicznych pisma nie odnotowano.

▪ **Próbka nr 12.**

Analizowany rękopis nasycony jest wieloma błędami ortograficznymi, gramatycznymi i interpunkcyjnymi. Fonetyczna pisownia większości wyrazów („opca”, „szablom”, „Wartem”, „przyklat”). Pismo słabo wyrobione, z widocznym zachwianiem liniowej kierunkowości, zaburzeniami równości pisma, zarówno w rozmiarach poszczególnych liter, jak i ich równoległego pochylenia. Wiele liter kreślono niepewnie, niejednakowo, z licznymi skreśleniami nieprawidłowo napisanych fragmentów słów. Uderza charakterystyczny modelunek znaków diakrytycznych liter „i”, „ż”, „j”, „ć”, przybierający formę kółeczka. Kilkakrotnie odnotowano zanik znaków diakrytycznych („zgneła”, „wziela”, „sie”), jak również liter w wyrazach („zgneła”, „odberzemy”, „ziem”). W trakcie kreślenia zauważono zaburzenie czynności pisania w postaci drżenia kończyny. W badanym rękopisie odzwierciedlają się więc zaburzenia neurologiczne czynności psychoruchowej aktu pisania w postaci objawów agrafii. Stwierdzona przez pobierającego rękopisy obecność u probanta omamów słuchowych imperatywnych, jak również daleko posunięta urojeniowa interpretacja rzeczywistości, którą chory przez dłuższy czas przejawiał w formie słownej, byłaby bez wątpienia ciekawym materiałem do badań aspektu psychiatrycznego. Niestety, probant odmówił napisania samodzielnej wypowiedzi, z uwagi na „głosy” zakazujące mu dokonania tejże czynności.

▪ **Próbka nr 13.**

We fragmencie hymnu występuje brak znaku diakrytycznego litery „ę” (wyrazy „zginela” i „wziela”). Wyraz „się” nakreślono zgodnie z pisownią

fonetyczną - „się”. W samodzielnej wypowiedzi uwidacznia się duża ociężałość i nieudolność w budowie zdań i ich wzajemnym wiązaniu. Występuje brak jakichkolwiek znaków interpunkcyjnych, co obniża wartość komunikacyjną tekstu i wskazuje na trudności piszącego w dokonaniu logicznego podziału całej wypowiedzi. Być może wynika to z poruszenia tematów natury osobistej. Zwraca uwagę fakt, iż chory początków swojej choroby upatruje w zmianie miejsca zamieszkania i złym wpływie sąsiadów (*„(...) zrobiłem wyprowadzkę na inne mieszkanie trawiłem na złych lokatorów narzekali że chodziłem po podłodze to byli chorzy, i ja tam w mieszkaniu nie wytrzymałem psychicznie (...)”*). Proband poinformował pobierającego rękopisy, że „boi się napisać prawdę o sąsiadach”, albowiem może być podsłuchiwany przez nich. W konsekwencji treść wypowiedzi naznaczona jest schizofrenicznym piętnem urojeniowym, wynikającym ze zmiany osobowości psychicznej piszącego.

▪ **Próbna nr 14.**

Pismo poprawne pod względem ortograficznym, językowym i stylistycznym. Ze stanowiska analizy neurologicznej i psychiatrycznej nie znajdujemy w tym rękopisie żadnych szczegółów godnych uwagi.

▪ **Próbka nr 15.**

W rękopisie występuje częsty zanik znaków diakrytycznych litery „ę” (*„zginęła”, „wzięła”, „sie”*). Z punktu widzenia analizy neurologicznej i psychiatrycznej, w wypowiedzi probanta nie znajdujemy jednakże żadnych charakterystycznych odchyśleń.

▪ **Próbka nr 16.**

Rękopis nakreślony dosyć zamaszyście i momentami nieczytelnie, rysunki niektórych liter wykazują dużą zmienność (np. litera „s”, „e”). Proband trzykrotnie nie umieścił znaku diakrytycznego litery „i” oraz dwukrotnie opuścił literę „i” w wyrazach (*„Przejdzem”, „zwycęzać”*). Momentami uwidaczniają się delikatne objawy drżenia kończyny. Występuje częsty brak znaków interpunkcyjnych, przy czym piszący po wyrazie *„Polakami”* umieścił bezpośrednio po sobie kropkę

i przecinek. Z uwagi na wyraźny sprzeciw chorego co do napisania samodzielnej wypowiedzi, nie można dokonać analizy psychiatrycznej.

▪ **Próbka nr 17.**

Pismo słabo wyrobione, kreślone powoli, z uwagi na duże spowolnienie psychoruchowe; poprawne pod względem ortograficznym. W rękopisie nie stwierdzono odchyień aspektu neurologicznego. Z uwagi na sprzeciw probanta wobec napisania samodzielnej wypowiedzi, niemożliwe jest przeprowadzenie analizy aspektu psychiatrycznego pisma.

▪ **Próbka nr 18.**

Rękopis wskazuje na upośledzenie biegłości pisma. Występują litery niejednakowe, kreślone niepewnie, z poprawkami. W piśmie w sposób szczególnie uwidacznia się wszechobecny tremor (drzączka), polegający na nierozmyślnych odchyleniach od zamierzonej linii pisma wskutek rytmicznych, powtarzających się wychyleniach kończyny w jednej lub kilku płaszczyznach. Powyższe znajduje odzwierciedlenie m.in. w zbędnych lub zniekształcających daną literę kreskach, np. w wyrazie „zginęła” (podwójna kreska nad literą „i”), „wziła” (litera „l”), „Dąbrowski” (kreski występujące pod literami „b”, „ow”). Zaobserwowano, iż rytmiczne drżenia uwidaczniają się w szczególności przy modelunku owali liter („wziła”, „odbierzemy”, „Włoskiej”, „będziemy”, „nam”, „przykład”, „zostane”, „wypisany”). Występuje brak jakichkolwiek znaków interpunkcyjnych i sporadyczny zanik znaków diakrytycznych („zginęła”, „zjemy”, „zostane”). Odnotowano częstą obecność perseweracji grammy w literze „m” („nam”, „przemoc”, „przejdziem”, „Polakami”, „mamy”). Samodzielna wypowiedź chorego przybrała formę „podania” do ordynatora oddziału psychiatrycznego, o czym poinformował on pobierającego rękopisy. Pomimo wielu obecnych już na pierwszy rzut oka objawów chorobowych (wypowiadanie słów szeptem, aby „ubecy” nie słyszeli, omamy słuchowe), probant uważa się za całkowicie zdrowego i domaga się „wypisania” ze szpitala psychiatrycznego, co potwierdza, iż bezkrytycyzm chorobowy jest stosunkowo często spotykany wśród schizofreników. W analizowanej próbce wyraźnie odzwierciedlają się zaburzenia neurologiczne pisma, związane ze sprawnością motoryczną i graficzną kończyny (drżenia, zaburzenia w koordynacji), jak też

zaburzenia wyższych składników pisma, powstałe wskutek uszkodzenia złożonych i najwyższych czynności nerwowych zawiadujących czynnościami mowy pisanej.

▪ **Próbka nr 19.**

Pismo staranne, poprawne pod względem ortograficznym i interpunkcyjnym (jedyne wyjątki to fonetyczny zapis słowa „*złonczym*”). Proband w większości przypadków kreśli znaki interpunkcyjne liter „i” i „j” w formie kreski. Treść samodzielnej wypowiedzi przyjęła formę rysunku kwiatka z takim też podpisem, co zastanawia dziwaczną symboliką. Zaburzeń neurologicznych w piśmie nie odnotowano.

▪ **Próbka nr 20.**

Pismo słabo wyrobione, w którym występują zaburzenia w liniowej kierunkowości pisma oraz duże nieregularności i zaburzenia równości - tak rozmiarów poszczególnych liter, jak też ich nachylenia. Charakterystyczne jest skracanie długości trzonów podlinijnych i nadlinijnych liter, które często przybierają wysokość minuskuł śródlinijnych; w szczególności znajduje to swój wyraz w słowach „*zginęła*”, „*Dąbrowski*”, „*szablą*”, „*włoskiej*”, „*przykład*”. Rękopis nasycony jest występowaniem liter niejednakowych, kreślonych niepewnie. W piśmie uwidaczniają się delikatne rysy agrafii, tj. zanik litery „s” w wyrazie „*Polski*” czy też brak litery „z” pomiędzy wyrazami „*złączym*” i „*narodem*”, jak również napisanie wyrazu „*odbierzemy*” zamiast „*odbierzemy*”. Ze stanowiska analizy neurologicznej nie znaleziono innych odchyśleń.

▪ **Próbka nr 21.**

W piśmie występuje bardzo częsty zanik znaków diakrytycznych (np. wyrazy „*zginęła*”, „*złączym*”, „*zwycięzać*”). Pojawiają się również subtelne zarysy agrafii, przejawiające się w zamianie liter (zamiast słowa „*żyjemy*” - „*zyjemyi*”, „*będziem*” - „*będzien*”). W znakomitej większości występuje przesadna długość trzonów podlinijnych (w szczególności „y” i „j”), jak również nieustabilizowane odstępy międzywyrazowe, od małych aż do przesadnych. Innych odchyśleń neurologicznych pisma nie odnotowano.

▪ **Próbka nr 22.**

Proband nakreślił rękopis pismem dużym, przypominającym kaligraficzne wzorce elementarzowe. Momentami występuje wadliwa interpunkcja oraz brak znaków diakrytycznych, jak również trzykrotne uzupełnienie poprawkami kreślonych liter. Treść samodzielnej wypowiedzi (*„Matko moja ja wiem tyle dni już niespałaś gdy pod twoim oknem stałaś, twoje łzy kapąły na lico twe. Biały ręcznik mi dałaś abym mógł do ciebie powrócić znów”*) poraża niezrozumiałym, dziwacznym zestawieniem faktów i dziwacznym wyciągnięciem wniosków. Zatem wypowiedź zaskakuje używaniem dziwnej symboliki schizofrenicznej, co wynika prawdopodobnie z daleko posuniętej zmiany osobowości psychicznej.

▪ **Próbka nr 23.**

Pismo charakteryzuje się pewną zamaszystością, znamionującą podniecenie psychoruchowe autora, nieregularnością w rozmiarach poszczególnych liter, jak również występowaniem cech pisma niewyrobionego, co może wskazywać na upośledzenie ogólnej sprawności intelektualnej, zawiadującej czynnością pisania. Treść samodzielnej wypowiedzi przybiera formę listu do syna, co może wskazywać na to, iż probantka żyje w pewnym oderwaniu od rzeczywistości. Niemniej wypowiedź nie wykazuje odchyłeń psychiatrycznych. Zwraca jednak uwagę pewna ociężałość w budowie i wiązaniu zdań.

▪ **Próbka nr 24.**

Pismo wyrobione i czytelne, całkowicie poprawne pod względem ortograficznym. Charakteryzuje się wysoką estetyką i dobrą czytelnością. Dwukrotnie tylko występuje brak znaków diakrytycznych litery „ę” (wyrazy *„zginęła”, „wzięła”*). Samodzielna wypowiedź piszącej przyjęła formę wiersza, z uwagi na fakt, iż tworzy ona utwory poetyckie. Wiersz został napisany całkowicie z pamięci, co świadczy o zachowaniu wysokiej sprawności intelektualnej. Ze stanowiska analizy neurologicznej i psychiatrycznej nie znaleziono więc żadnych szczegółów godnych większej uwagi.

▪ **Próbka nr 25.**

W rękopisie występują litery niejednakowo kreślone (np. litera „P”). Zauważono zanik znaków diakrytycznych litery „ż” w słowie „zwycięzać” oraz litery „ę” w wyrazach „zginęła” i „wzięła”, który notorycznie spotykany jest w badanej próbie schizofreników. Występują zaburzenia w interpunkcji. Kilkukrotnie probant napisał niewłaściwe wyrazy („Dąbrowski ziemi Polskiej”, „Pod twoim przewodem”, „złączmy się”), jak również opuścił literę „z” pomiędzy „Dąbrowski” i „ziemi”. Treść samodzielnej wypowiedzi zdradza występowanie lęku u autorki, często odczuwanego przez pacjentów schizofrenicznych. Wypowiedź wykazuje dużą ociężałość w budowaniu zdań, jak również powtarzają się odchylenia stwierdzone przy pisaniu dyktowanego fragmentu hymnu, tj. zanik znaków diakrytycznych („ze”), wpisanie niewłaściwej litery („ktość”, „Tęskniem”), czy też błędy w interpunkcji. Bez wątplenia więc w obrazie badanego pisma odzwierciedlają się zaburzenia wyższych składników pisma.

▪ **Próbka nr 26.**

Badane pismo charakteryzuje się występowaniem cech pisma niewyrobitego, co może rodzić podejrzenia upośledzenia ogólnych sprawności intelektualnych sterujących czynnością pisania. Probant kreśląc fragment hymnu polskiego korzystał z udostępnionego przez pobierającego rękopisy wzorca, uzasadniając swoją prośbę słabym rozumieniem mowy słyszanej. Podobnie jak i w przypadku autora próby nr 7, zachodzi podejrzenie obniżenia zdolności rozumienia sensu mowy słyszanej. Pomimo korzystania z gotowego wzorca, piszący popełnił dużą ilość błędów. Występuje częsty brak znaków diakrytycznych, brak jakichkolwiek znaków przestankowych, błędy ortograficzne i składniowe. Zaznaczają się również rysy patologicznej paragrafii, uwidaczniającej się w wypadaniu pewnych słów w pisany tekst i wstawianiu niewłaściwych liter („co obca wzięła” - brak wyrazu „nam”, „ziemi włoskiej” - brak litery „z”, „zatwoi” - zamiast „za Twoim”, „będziemi” w miejsce „będziem”). W pisowni niektórych liter uwidacznia się drżenie kończyny. W końcowym fragmencie rękopisu zauważyć można wzrastającą niepewność wzoru pisarskiego kreślonych liter, będącą zapewne objawem dużego wysiłku piszącego związanego z aktem pisania oraz

wyczerpywania się sprawności odruchowo-warunkowych powiązań kierujących tą czynnością. Z uwagi na sprzeciw probanta wobec nakreślenia samodzielnej wypowiedzi, niemożliwe jest przeprowadzenie analizy pisma w aspekcie psychiatrycznym.

▪ **Próbka nr 27.**

Pismo kreślone w szybkim tempie, zamaszyste. Występuje rys agrafii („nas” zamiast „nam”, „ziemi” zamiast „z ziemi”, „złączył się” w miejsce „złączym się”, „przedzimy” zamiast „przejdziem”), jak również zarys perseweracji w słowie „Dąbrowski”, które probant nakreślił jako „Dąbrowski”. Odnotowano pisanie liter niejednakowych, jak również duże skrócenie drzewca litery „k”, które często kończy się w paśmie śródlinijnym. Treść samodzielnej wypowiedzi uderza dziwacznością symboliki i zestawienia faktów, jak również kontrastem pomiędzy pseudopoetyckim stylem a niedorzecznościami, jakie się pod nim ukrywają. Zachodzi podejrzenie występowania perseweracji (motyw kwiatuszka oraz słońca i słoneczka). Autorka rękopisu wzbogaciła wypowiedź rysunkami kwiatów oraz sylwetki słonia nakreślonej od tyłu. Prawdopodobnie powyższy memoriał piszącej jest wykładnikiem jej schizofrenicznych zaburzeń psychicznych.

▪ **Próbka nr 28.**

Analizowane pismo charakteryzuje się własnego pomysłu probantki interpunkcją oraz stałą tendencją wznoszącą linii podstawowej wiersza, co świadczy o skłonności do stereotypii. Występują litery niejednakowo i niepewnie kreślone, jak również liczne retusze nieprawidłowo nakreślonych słów i liter. W rękopisie uwidaczniają się również delikatne zarysy paragrafii, przejawiające się w zniekształcaniu pisanych wyrazów wskutek umieszczania niewłaściwych liter, jak również zanikiem liter („przykła” zamiast „przykład”). Odnotowano skłonność probanta do perseweracji („szablą odbioy odbierzemy”, „Bonaparte Bonaparte”). Cały rękopis świadczy o daleko idącym uszkodzeniu aktu pisania, odzwierciedlającym się tak w zaburzeniach neurologicznych, jak i wyższych składników aktu pisania.

▪ **Próbka nr 29.**

Próbka wskazuje na znaczne upośledzenie biegłości pisma, a co za tym idzie duże zaburzenia czynności pisania wyższego rzędu. Odpowiadają one silnemu ograniczeniu zdolności do posługiwania się skomplikowanymi, złożonymi odruchami warunkowymi leżącymi u podstaw neuropsychicznej czynności pisania. Zaobserwować można zarówno duże zaburzenia liniowej kierunkowości pisma, jak i zaburzenia równości pisma w wymiarach poszczególnych liter i ich równoległym nachyleniu. Znaki literowe kreślone są w szerokiej gamie kształtów, z częstymi retuszami. W piśmie uwidaczniają się zaburzenia czynności ruchowej aktu pisania w postaci delikatnych drżeń i ataksji (niezborności). Występuje brak jakichkolwiek znaków przestankowych, jak również zaburzenia w umieszczaniu znaków diakrytycznych. Rękopis jest jaskrawym przykładem patologicznej agrafii, co znajduje wyraz w opuszczaniu wyrazów oraz pisaniu niewłaściwych liter i słów. Wskutek powyższego, treść wypowiedzi słownej będącej zapisem fragmentu hymnu, jest zupełnie nieczytelna i zmieniona (*„Jeszcze Polska nie ginęła kiedy my żyje co czasem obca przemoc wzęła szarżę w ziela włoskiej Do Polski za twoim przewam Przejdziem Wisłę przejdziem Wartę”*). Zmiany te noszą cechy parafazji, czyli zniekształcenia wyrazów z powodu zaburzeń kontroli słuchu i jednocześnie niedokładnego różnicowania słyszanych dźwięków. Omawiana próba pisma jest przykładem, iż w obrazie pisma ręcznego wyraźnie odzwierciedlają się zarówno zaburzenia neurologiczne związane ze sprawnością psychomotoryczną, jak i zaburzenia wyższych składników pisma. Takie upośledzenie zdolności pisania mogą świadczyć o uszkodzeniu określonych okolic kory mózgowej.

▪ **Próbka nr 30.**

Pismo charakteryzuje się pewną zamaszystością, co wskazuje na podwyższony napęd psychoruchowy probanta. Poprawne pod względem interpunkcyjnym i ortograficznym. Zwraca uwagę przesadna długość przecinków. Ze stanowiska analizy neurologicznej nie znajdujemy w tym piśmie szczegółów godnych uwagi.

5. PODSUMOWANIE.

1. W oparciu o system zmiennych pisma ręcznego i kierując się definicjami operacyjnymi zmiennych opracowanymi przez T. Widłę, uzyskano potwierdzenie możliwości różnicowania rękopisów z uwagi na występowanie schizofrenii piszących. W wyniku badań pisma osób cierpiących na schizofrenię, spośród 178 wyróżnionych na potrzeby niniejszego eksperymentu zmiennych, wyłoniony został katalog cech pisma, które spełniały kryteria założone na wstępie, tj. zmiennych istotnych na poziomie $\alpha = 0,05$ przy sile związku wynoszącym $Q = 0,5$. Należą do nich kątowy łącznik wyjściowy litery „n”, przerwa po nakreśleniu litery „ą” i „ę”, kątowy łącznik wejściowy litery „n” i „m”, kręta dolna linia wyrazu oraz wysmukłe pismo. Te siedem zmiennych można więc uznać za znamienne dla pisma schizofreników kreślących rękopisy w badanej próbie. Rezultatem eksperymentu kontrolnego było także wyszukanie trzech cech, spośród tu uznanych za silnie i istotnie związanych ze schizofrenią, które w ogóle nie wystąpiły w próbach kontrolnych, tj. pochodzących od piszących, u których nie rozpoznano takiej psychozy. **I tak do cech bezwzględnie różnicujących rękopisy osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych, zaliczono kątowy łącznik wyjściowy „n”, przerwę po nakreśleniu litery „ą” oraz przerwę po nakreśleniu litery „ę”.** Pozostałe znamiona grafizmu chorych schizofrenicznych, występowały istotnie rzadziej albo bardzo rzadko w grafizmach osób zdrowych.

Stosowanie prostego łącznika wyjściowego litery „n” (podobnie jak i kątowego łącznika wejściowego „n” i „m”) powoduje, iż optyczny obraz pisma przyjmuje formę tzw. pisma kątowego, sztywnego. Cecha ta przez wielu autorów zaliczana jest do cech znamiennych pisma schizofreników, co oznacza, iż obserwacja ta koresponduje z doniesieniami T. Stein-Lewinson, U. Sonnemanna i T. Widły⁸⁴⁸. Z kolei w toku badania ciągłości duktu, stwierdzono występowanie przerw po nakreśleniu litery „ą” i „ę”. Bezsprzecznie

⁸⁴⁸ T. Stein-Lewinson mówi o silnej kątowej tendencji kreślenia liter, jak i sztywnym sposobie kreślenia znaków pisańskich; U. Sonnemann podkreśla sztywność i spiczastość duktu, kanciastość oraz brak zaokrąglenia łuków; T. Widła mówi o zubożeniu i uproszczeniu wiązań.

ciągłość jest nie tylko instrumentem rejestrującym sprawność pisarską, lecz również czułym faktorem pozwalającym na odnotowanie wpływu chorób, wieku, sprawności psychofizycznej piszącego, etc. Zatem również i psychoza schizofreniczna znajduje swoje odzwierciedlenie w zjawisku odrywania środka pisarskiego przy kreśleniu liter opatrzonych znakiem diakrytycznym. Czym wyjaśnić powyższe zjawiska? Zdaniem autora, w przypadku kątowych wiązań liter „m” i „n”, jako jeden z czynników może być brany pod uwagę wpływ leków przeciwpsychotycznych, długotrwale zażywanych przez piszących. W następstwie suplementacji neuroleptykami, występują objawy pozapiramidowe EPS (szczegółowo opisane w *Rozdziale III* pkt 5. niniejszej rozprawy), przejawiające się m.in. w sztywności mięśni, a tym samym niemożności sprawnego i dokładnego wykonywania precyzyjnych ruchów związanych z czynnością pisania. W konsekwencji upośledzenia motoryki precyzyjnej, chory na schizofrenię upraszcza wzorzec i zamiast girlandy czy też arkady, stosuje wiązanie proste (kątowe). Powyższe może być także przyczyną występowania przerw po nakreśleniu liter „ą” i „ę”. Piszący, z uwagi na zaburzenia motoryki w trakcie wykonywania czynności pisania, nie jest w stanie nakreślić znaku diakrytycznego bez oderwania narzędzia pisarskiego od podłoża. Nadto, z uwagi na znamieny dla schizofreników zanik znaków diakrytycznych, być może pierwotnie probanci kreślili litery „ę” i „ą” bez sedijek; dopiero po zastanowieniu i stwierdzeniu błędu, chorzy dokonywali korekt w napisanym tekście. W rezultacie prawdopodobnym więc jest, iż choroba psychiczna utrudnia zachodzenie prawidłowych asocjacji pomiędzy symbolami graficznymi a jego odpowiednikami fonetycznymi, dając w rezultacie powyższe objawy w piśmie ręcznym.

2. Oczywiście nie można zakładać, że zespół ww. siedmiu cech graficznych występuje tylko u chorych na schizofrenię. Niewątpliwie byłoby to błędne założenie. Nawet jeżeli znaleziono cechy bezwzględnie różnicujące grafizmy, to dotyczy to wyłącznie danej próby. Należy pamiętać, że rezultaty niniejszych badań w postaci siedmiu zmiennych, które są silnie i istotnie związane ze schizofrenią, odnoszą się jedynie do bardzo niewielkiego wycinka populacji

chorych na schizofrenię. Nie ulega więc wątpliwości, że dane te nie są w pełni reprezentatywne. Jednakże uzyskany wynik i tak należy uznać za zadowalający; w literaturze przedmiotu doskwiera bowiem brak opracowań dotyczących znamion grafizmu schizofreników. Rezultaty przeprowadzonego eksperymentu potwierdzają więc tezy autorów, iż nie sposób mówić o objawach w piśmie ręcznym, które byłyby swoiste dla jednego tylko typu choroby psychicznej⁸⁴⁹.

3. Stwierdzono, iż w blisko połowie rękopisów osób zdrowych (46,67%), nie spotyka się cech typowych dla grafizmu schizofreników. Niestety, w 36,66% rękopisów osób zdrowych wystąpiła jedna z cech, zaliczona do katalogu cech pisma ręcznego chorych na schizofrenię. Z kolei tylko w 10% rękopisów pochodzących od schizofreników, nie wystąpiła zmienna spełniająca założone kryteria zaliczenia w poczet cech pisma schizofrenicznego; najczęściej zaś (33,34% prób pisma) występują trzy cechy typowe dla schizofreników.

Dodatkowo podjęto próbę wyjaśnienia kwestii trafności i wiarygodności stosowania ustalonego w niniejszych badaniach katalogu cech pisma ręcznego schizofreników. W tym celu zastosowano test standardowo wykorzystywany przy badaniach czułości i wiarygodności danej metody diagnostycznej. Założono więc, iż ustalony katalog siedmiu znamion grafizmu schizofreników będzie traktowany jako test diagnostyczny pozwalający na wykrycie schizofrenii u piszącego. W przeprowadzonym eksperymencie wykazano, iż prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy (osoba chora na schizofrenię – osoba zdrowa) przy zastosowaniu analizy pisma ręcznego w aspekcie występowania katalogowych znamion grafizmu schizofreników, wynosi ok. 68,33%. Oczywistym jest, iż uzyskanie pełnego powodzenia było niemożliwe, albowiem w 16 rękopisach probantów z grupy osób zdrowych wystąpiła co najmniej jedna cecha z katalogu. Otrzymany rezultat badań i tak należy uznać za zadowalający. W praktyce trafność opinii eksperta może być wyższa, jeśli pomocniczo będzie wykorzystywał przy opiniowaniu dodatkowe informacje

⁸⁴⁹ Z. Czeczot: *Badania identyfikacyjne...*, s. 60, 66; T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 28., A. Feluś: *Odchylenia materialne...*, s. 55.

płynące z badania akt sprawy (uwzględniające wykorzystanie danych pochodzących z badań ambulatoryjnych, wywiadów lekarskich, szpitalnych kart informacyjnych, historii chorób lub innych dokumentów lekarskich), badania cech treściowo-językowych rękopisu i analizy neurologicznej pisma.

4. Uzyskane wyniki badań w dominującej części są rozbieżne z doniesieniami literatury przedmiotu. Nie znalazły potwierdzenia tezy o skłonności schizofreników do pisania w sposób wachlarzowaty, zwiększonej wysokości pisma oraz długości liter w strefie podlinijnej, opadającej linii wiersza, tendencji do opadania bądź wznoszenia linii podstawowej, krętości linii wiersza, zwiększeniu odległości pomiędzy wyrazami i wierszami. Czym można wytłumaczyć wymienione zjawisko? Otóż autorzy powyższych doniesień w trakcie badań pisma ręcznego schizofreników nie wykorzystywali grupy porównawczej, składającej się z osób zdrowych psychicznie; przedmiotem badań był jedynie grafizm osób z psychozą schizofreniczną. A przecież jedynie plany badawcze uwzględniające grupę porównawczą (kontrolną) składającą się z osób nie zdradzających uchwytnych zmian psychopatologicznych, pozwalają na porównanie różnic występujących w grafizmie badanych grup, a zatem wykrycie tego, co jest specyficzne dla grupy chorych w zestawieniu z grupą zdrowych. Przyjęcie takiego schematu procesu badawczego pozwala na przeprowadzenie wnioskowania statystycznego oraz wyprowadzenie wniosków o zależnościach przyczynowo-skutkowych pomiędzy cechami pisma ręcznego a psychozą, jak również minimalizuje ryzyko możliwości uzasadnienia wykrytych zależności za pomocą wyjaśnień i hipotez alternatywnych⁸⁵⁰.
5. W toku badań częściowo potwierdziły się obserwacje poczynione przez autorów publikacji poświęconych pismu chorych psychicznie. Obraz pisma chorych ulega pogorszeniu, a zmiany te polegają głównie na:
 - a. znacznym pogorszeniu się czytelności pisma , obniżeniu jego estetyki oraz zaburzeniu linearności,

⁸⁵⁰ J. Brzeziński: *Elementy metodologii...*, s. 65-66, 94, 135-136; Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias: *op. cit.*, s. 70, 147-148.

- b. tremorze,
 - c. pisowni słów ściśle według wymowy,
 - d. kreśleniu liter niejednakowych, z licznymi retuszami,
 - e. pomijaniu elementów graficznych liter, w szczególności znaków diakrytycznych,
 - f. nieprawidłowościach w stosowaniu znaków interpunkcyjnych (w szczególności ich zanikaniu),
 - g. licznych błędach ortograficznych.
6. Ujawniono zaburzenia pisma o podłożu neurologicznym, które zgodne są z obserwacjami m.in. W. Chłopickiego i J. S. Olbrychta.

Zaburzenia neurologiczne powstają nie tylko w wyniku organicznych uszkodzeń układu nerwowego, lecz także w rezultacie uszkodzenia złożonych, najwyższych funkcji nerwowych kierujących czynnościami mowy. Te pierwsze przejawiały się w pobranych próbkach przede wszystkim w postaci tremoru, ataksji (niezborności ruchów), zniekształcenia pisanych liter i słów, zaburzeniach równości pisma w wymiarach poszczególnych liter i ich równoległym nachyleniu oraz ich nierówności. Z kolei uszkodzenia drugiego rodzaju przejawiały się głównie objawami agrafii (uwidaczniającej się w opuszczaniu liter lub słów w pisanim tekście, jak również wstawianiu niewłaściwych liter lub nawet wyrazów), perseweracji (zarówno w odniesieniu do gramm, jak i sylab czy słów), a także parafrazy.

7. Analiza samodzielnych wypowiedzi probantów miała na celu ukazanie patologicznych zmian psychicznych piszących, które odzwierciedlałyby się w zaburzeniach pisma aspektu psychiatrycznego. Z tej perspektywy, wnioski z przeprowadzonych badań są jednak w gruncie rzeczy dosyć pesymistyczne. Poza rękopisem nr 10, którego treść sprawia wrażenie bezładnej i bezsensownej bazgraniny, przybierającej formę tzw. sałaty słownej, nasyconej dziwacznością i pseudoreligijnym patosem, pozostałe próby pisma (poza próbami nr 22 i 27), w zasadzie nie zdradzają większych zaburzeń aspektu psychiatrycznego. Także rękopisy nr 22 i 27 zwracają uwagę niezrozumiałym, dziwacznym zestawieniem faktów i osobliwym wyciągnięciem wniosków.

Pozostałe wypowiedzi pozbawione były cech nienaturalności, sztuczności, dziwaczного patosu, symboliki i skojarzeń, czy też niezwyklego stylu i egzaltacji. Nie odnotowano dużego napędu probantów do pisania (*graphorrhea*), stosowania niezrozumiałego zestawienia faktów i wniosków, podejmowania tematów natury pseudofilozoficznej, czy też „stereotypii słownych” bądź gonitwy myślowej. Dwunastu probantów w sposób zdecydowany odmówiło napisania samodzielnej wypowiedzi słownej. Odnotowano także jeden przypadek (probant nr 12), w którym pomimo uchwytnych i stwierdzonych omamów słuchowych imperatywnych, jak również daleko posuniętej urojeniowej interpretacji rzeczywistości, którą chory przez dłuższy czas przejawiał w formie słownej, odmówił on napisania samodzielnej wypowiedzi, argumentując to „głosami” zakazującymi mu dokonania tejże czynności. Pozostali piszący, pomimo choroby, kreślili rękopisy poprawne w płaszczyźnie psychiatrycznej, nie zdradzając w nich żadnych patologicznych zaburzeń psychicznych. Czym można wytłumaczyć powyższe zjawisko? Z jednej strony mogło to wynikać ze stosunkowo dobrze zachowanej zdolności dostosowywania się do środowiska, zaś z drugiej z celowym wprowadzeniem w błąd otoczenia, a szczególnie pobierającego rękopisy. Niemniej zdaniem autora niniejszej rozprawy, największy wpływ na powyższy stan rzeczy miało zastosowanie terapii farmakologicznej. Zastosowanie farmakoterapii, jak już szczegółowo opisano w *Rozdziale III* niniejszej pracy, powoduje w głównej mierze opanowanie objawów pozytywnych (wytwórczych) schizofrenii (omamów, urojeń, dezorganizacji mowy i zachowania), zaś w znacznie mniejszym stopniu objawów negatywnych (np. anhedonii, autyzmu). Wszyscy probanci przyjmowali systematycznie leki przeciwpsychotyczne od minimum pięciu lat. Można więc założyć skuteczność zastosowanej terapii lekowej w przeciwdziałaniu objawom schizofrenicznym, w szczególności przejawiającej się w ustąpieniu objawów wytwórczych i dezorganizacji oraz stosunkowo dobremu subiektywnemu i obiektywnemu funkcjonowaniu społecznemu. Nawet gdyby powyższe założenie zostało sformułowane zbyt śmiało, podkreślić należy, iż zastosowanie niedostatecznie skutecznych leków przeciwpsychotycznych u osób chorujących przewlekłe

(a do takich należeli wszyscy probanci), skutkuje ograniczeniem destrukcyjnego wpływu doznawanych objawów oraz poprawą obiektywnych i subiektywnych wskaźników funkcjonowania życiowego⁸⁵¹. W konsekwencji, poza trzema rękopisami (nr 10, nr 22 i nr 27), nie potwierdzono w toku badania cech treściowo-językowych występowania patologii językowej i różnorodnych fenomenów językowych, mających być cechami znamionowymi rękopisów pochodzących od chorych na schizofrenię. Być może do innych wniosków można byłoby dojść po dokonaniu analizy wypowiedzi słownych schizofreników, którzy nie poddali się farmakoterapii. Jednakże od wyciągania dalej idących wniosków należy się powstrzymać, gdyż do ich sformułowania niezbędne byłoby przeprowadzenie osobnych badań.

8. Zważyć należy, iż przyjęta metodyka badań i uzyskany katalog znamion grafizmu schizofreników dotyczy pisma spontanicznego. Czy i w jakim stopniu ustalony katalog cech pisma ręcznego typowych dla schizofreników wykazuje zbieżność z grafizmem celowo zdeformowanym w toku naśladownictwa? Czy istnieje jednak ryzyko pomylenia przez eksperta graficznych znamion schizofrenii z cechami naśladownictwa?

Ustalenia w powyższym przedmiocie są o tyle istotne, iż A. Feluś w oparciu o przeprowadzone badania ok. tysiąca spraw spadkowych ustalił, iż trzecią pod względem częstości występowania metodą fałszowania testamentów przez podrobienie, okazała się metoda przez naśladownictwo ścisłe⁸⁵².

Naśladowanie pisma cudzego dzieli się na naśladownictwo niewolnicze (ściśle, wzrokowe) oraz będące najdoskonalszą formą naśladownictwo wolne (wyuczone)⁸⁵³. To pierwsze polega powolnym pisanu poszczególnych liter przy stałej obserwacji tekstu autentycznego. Sprawca pisze, a właściwie rysuje tekst patrząc na model, który stanowi jakiś obojętny dla sprawcy dokument, napisany

⁸⁵¹ J. Wciórka: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, s. 247.

⁸⁵² A. Feluś: *Testamenty...*, s. 117.

⁸⁵³ Wyróżnia się jeszcze naśladownictwo z pamięci, oparte na odtwarzaniu pisma (podpisu), które fałszerz wcześniej widział i zapamiętał; M. Goc: *Badania podpisów w kryminalistycznej ekspertyzie pismoznawczej – wybrane zagadnienia metodyczne*, Problemy Kryminalistyki 2009, Nr 263 (styczeń-marzec), s. 23.

własnoręcznie przez naśladowanego. Z kolei przy naśladownictwie wolnym, które wymaga szczególnych uzdolnień, fałszerze ćwiczą (często przez dłuższy czas) naśladowanie pisma określonej osoby. Jako wzory służą im określone notatki, listy, pokwitowania. Po opanowaniu sposobu pisania, kąta nachylenia, wielkości liter i całego szeregu innych szczegółów, kreślą oni podrabiany dokument płynnym szybkim pismem, podpisując go nazwiskiem naśladowanego⁸⁵⁴.

Do katalogu deformacji powstałych w wyniku naśladownictwa ścisłego zalicza się: zwolnione tempo kreślenia i związane z tym drżenie linii graficznych i „martwota” oraz częste ich rwanie, nierównomierne tempo, występowanie elementów zatrzymania, odmienny impuls, zróżnicowanie rozpoczęcia i właściwego zakończenia poszczególnych gramm, przewinieć, brak właściwego rozmieszczenia znaków graficznych, jak i cieniowania oraz retusz korekcyjny, mający za zadanie poprawić wszelkiego rodzaju niedociągnięcia wynikające z naśladownictwa⁸⁵⁵.

W odniesieniu do cech graficznych naśladownictwa wyuczonego, rękopisy co do zasady charakteryzują się wewnętrzną spójnością i dynamizmem konstrukcji oraz łudzącą zgodnością w obszarze cech ogólnorodzajowych. Zróżnicowanie cech wyrażają zmiany konstrukcyjne złożonych znaków graficznych, różnice w cieniowaniu i naciskowości, usytuowaniu rozpoczęć i zakończeń gramm, znaków diakrytycznych i uzupełniających, konfiguracji i kątów elementów graficznych⁸⁵⁶.

Bywa, że nienaturalne zahamowania lub przerwy są wynikiem chwilowej utraty poczucia wzorca. Fałszerz przerywa kreślenie, aby spojrzeć na naśladowany

⁸⁵⁴ A. Szwarc: *Fałszerstwo dokumentów w świetle kryminalistyki*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1955, s. 58-59; M. Goc: *op. cit.*, s. 23.

Sprawny przebieg naśladownictwa w znacznej mierze zależy od ćwiczeń poprzedzających inkryminowaną czynność podrabiania. Co ważne, od pewnego momentu poziomu sprawności, ćwiczenie nie powoduje przyrostu wprawy, albowiem wyćwiczalność na danym etapie wyczerpuje się; R. Soszański: *Możliwość ustalenia wykonawcy podpisu podrobionego sposobem naśladownictwa*, *Problemy Kryminalistyki* 1978, Nr 136, s. 707.

⁸⁵⁵ A. Feluś: *Testamenty...*, s. 117-118; M. Goc: *op. cit.*, s. 23.

⁸⁵⁶ M. Goc: *op. cit.*, s. 23.

pierwowzór dla przypomnienia sobie wyglądu odwzorowywanego elementu. Naśladownictwo obcych form graficznych, nawet poprzedzone cierpliwym treningiem, nie jest niczym innym, jak tylko procesem przezwyciężenia własnych, indywidualnych przyzwyczajęń na rzecz elementów przyswajanych doraźnie, obcych aparatowi ruchowemu piszącego, co w konsekwencji powodować ma swoistą „martwość” obrazu znaków odwzorowanych⁸⁵⁷.

Jakość fałszerstwa określonego dokumentu (np. testamentu) za pomocą naśladownictwa, w głównej mierze zależy od dyspozycji motorycznych fałszerza. Bezspornie więc biegły badając kwestionowany materiał musi zwrócić uwagę, czy deformacje pisma ręcznego nie wynikają z przyczyn naturalnych (spowodowanych chwilowymi lub stałymi zaburzeniami o podłożu psychicznym bądź somatycznym, jak również będących następstwem okoliczności pisania) lub wskutek deformacji celowej (np. autofałszerstwo, naśladownictwo, naśladowanie tremoru pisma osoby schorowanej). W piśmiennictwie zwraca się uwagę, iż wszelkie zabiegi upodabniające zapis do pisma innej osoby, stanowią bardzo niebezpieczny kamuflaż polegający na względnej równowadze ilościowej cech własnych i osoby naśladowanej. Podstawowym zadaniem eksperta pisma jest w takich wypadkach ustalenie przyczyny deformacji (naturalne niezamierzone bądź wolicjonalne zamierzone). Niemniej obraz graficzny jednych i drugich jest ludzako podobny: taki sam falisto-kątowy przebieg wydłużonych linii tworzących i wiążących, formy udziwnione, niezgodne z ergonomią ruchu ręki, takie same w nieprzewidywalnych, przypadkowych miejscach, kątowe załamania linii, które winny być koliste lub owalne, taka sama niezborność w utrzymaniu kąta nachylenia, wielkości i kształtu znaków, taka sama arytmia naciskowości⁸⁵⁸. Dodać należy, iż fałszerstwo przez naśladownictwo spotyka się najczęściej w podpisach, ponieważ sprawcy rzadko ryzykują ręczne wypisywanie dłuższego

⁸⁵⁷ R. Soszalski: *O niektórych powinnościach biegłych pismoznawców*, Problemy Kryminalistyki 1987, Nr 176 (XXXIV, kwiecień-czerwiec), s. 201.

⁸⁵⁸ J. Bartosiewicz: *Przyczyny podejmowania...*, s. 1267-1268.

dokumentu pismem naśladowującym, obawiając się niedokładności w sposobie kreślenia znaków graficznych⁸⁵⁹.

Biegły podejmując się czynności zleconych przez sąd winien być świadomy ryzyka popełnienia błędu, tj. że rękopis (np. testament holograficzny) osoby dotkniętej chorobą psychiczną uzna za rękopis osoby zdrowej (zdarzają się wypowiedzi pisemne niektórych chorych nie dotknięte żadnymi zaburzeniami grafizmu), bądź też stwierdzi, iż rękopis chorego psychicznie jest sfalszowany w drodze naśladownictwa; ekspert przyjmie więc, że znalezione deformacje pisma ręcznego znamionują naśladownictwo, a nie chorobę psychiczną.

W niniejszych badaniach potwierdzono tezę, iż typowymi znamionami schizofrenii są: drżenie linii pisma, liczne retusze, zaburzenia topografii, nachylenia i modelunku znaków, pomijanie elementów graficznych liter, znaczne pogorszenie się czytelności pisma i obniżenie jego estetyki, kreślenie liter niejednakowych. Co ważne, wszystkie te zaburzenia spotyka się, z różnym nasileniem, w większości testamentów, które trafiają do biegłych, gdy kwestionowana jest ich autentyczność, ale nie ich jakość prawna⁸⁶⁰. Z powyższego zestawienia deformacji można też wnioskować, że w zasadzie upośledzenia doznają niemal te same cechy pisma, które zazwyczaj powołuje się za podstawę stwierdzenia nieważności rękopisów sfalszowanych w drodze naśladownictwa. Dotyczy to w szczególności takich deformacji jak: drżenie linii graficznych elementów, występowanie elementów zatrzymania, retusz korekcyjny, brak właściwego rozmieszczenia znaków graficznych. Szczególnie wnikliwej analizy wymaga pismo, które charakteryzuje się wysokim stopniem niezborności i destrukcji wskutek znacznych postępów różnych chorób somatycznych i psychicznych. Falszerze bowiem i takie pismo próbowali naśladować. Niemniej pismo naturalnie zdeformowane różni się jednak od pisma

⁸⁵⁹ Cz. Grzeszyk, E. Grzeszyk-Kiliańska: *Falszerstwo dokumentów przez przerobienie i podrobienie*, [w:] *Kryminalistyczne badania pismoznawcze* (red.) Grzeszyk Cz., Wydawca prof. dr hab. Czesław Grzeszyk, Warszawa 2008, s. 193.

⁸⁶⁰ T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23-26

naśladowującego cudzą deformację; fałszerz nie może wykryć wszelkich naturalnych niezborności ruchowych ręki chorego⁸⁶¹.

Z kolei ustalony w niniejszych badaniach katalog cech pisma ręcznego schizofreników nie jest w większości tożsamy z cechami naśladownictwa. Ryzyko mylenia katalogowych, graficznych znamion schizofrenii z cechami naśladownictwa dotyczy jedynie krętej dolnej linii wyrazu i przerw po nakreśleniu liter ze znakiem diakrytycznym („ą” i „ę”).

Zatem w pracy biegłego istnieje nie tylko ryzyko popełnienia błędu pierwszego rodzaju (rękopis chorego uznany zostanie za rękopis zdrowego), ale również ryzyko popełnienia błędu drugiego rodzaju, tj. że znalezione deformacje znamionują chorobę psychiczną (bądź inne psychiczne zaburzenie przemijające), podczas gdy ich rzeczywistym źródłem będą w istocie schorzenia nie rodzące skutków prawnych nieważności danej czynności prawnej, albo fałszerstwo dokumentu w drodze naśladownictwa⁸⁶².

Z pewnością ryzyko powyższe może być zniesione przez częste obcowanie biegłego z tego typu rękopisami, kompleksowe badanie akt sprawy (uwzględniające wykorzystanie danych pochodzących z badań ambulatoryjnych, wywiadów lekarskich, szpitalnych kart informacyjnych, historii chorób lub innych dokumentów lekarskich), jakość materiału porównawczego⁸⁶³ oraz dopuszczenie przez organ procesowy ekspertyzy kompleksowej pisma ręcznego. Rację też należy przyznać A. Felusiowi, iż ryzyko pomyłki zwiększa się w tekstach krótkich (np. podpisach). Przy tekstach dłuższych (np. testamentie holograficznym), następuje przeplatanie nawyku graficznego fałszerza z naśladowanym pismem, co umożliwi ekspertowi pisma ustalenie sztuczności,

⁸⁶¹ W. Wójcik: *Przyczyny błędów merytorycznych...*, s. 73.

⁸⁶² T. Widła: *Wnioskowanie o niezdolności...*, s. 23.

⁸⁶³ Materiał taki powinien być tym obszerniejszy, im większe deformacje stwierdzi się w piśmie. Na gruncie problematyki testamentów, najlepiej, by pochodził on z różnych lat życia testatora (w tym również z okresu bliskiego do chwili napisania testamentu), co pozwoli na badanie narastania zmian wraz z upływem lat, względnie wraz z pogłębianiem się schorzenia. Ilość materiału porównawczego winna być też uwarunkowana stabilnością pisma. W przypadku, gdy podpisy lub pismo wykazują zmienność niektórych cech, należy gromadzić różne jego odmiany, co nie jest sprawą łatwą; D. Opińska: *op. cit.*, s. 58; W. Wójcik: *Przyczyny błędów merytorycznych...*, s. 73.

nienaturalności a tym samym nieautentyczności⁸⁶⁴. W przypadku tekstów długich, niebagatelną rolę odgrywać może analiza cech treściowo-językowych, która, traktowana w kategoriach właściwości indywidualnych piszącego, w niektórych przypadkach jest niezastąpionym źródłem poznawczym (tzw. kryminalistyczny ślad językowy, o którym pisał niejednokrotnie A. Feluś), a dodatkowo umożliwi wychwycenie zaburzeń myślenia, o ile ich manifestacja w rękopisie występuje.

9. Czynność pisania jest niezwykle skomplikowanym procesem neurobiologicznym, którego nie da się zasufladkować do prostych mechanistycznych modeli. Każdy nakreślony znak graficzny posiada określoną treść i sens, odzwierciedla najbardziej istotne, indywidualne cechy psychiki ludzkiej. Stąd wynika olbrzymie znaczenie pisma ręcznego dla rozwiązywania problemów kryminalistycznych oraz prawno-medycznych. Bezspornie pomiędzy językiem mówionym a pisanym występują ściśle związki. Piszemy to, co przywołamy w naszym optycznym i akustycznym obszarze pamięciowym; w procesie tym wykorzystywane są głównie obszary mózgu leżące pomiędzy akustycznym (płat skroniowy) i optycznym (płat podpotyliczny) centrum mózgu, czyli płatem ciemieniowym. Do procesu pisania niezbędnych jest wiele wypracowanych anatomicznie i neurofizjologicznych systemów oraz połączeń nerwowych. Jeśli ich zabraknie, dochodzi do poważnych zaburzeń pisania. Podkreśla się, iż w pewnym stopniu niektóre z zaburzeń mogą zostać częściowo skompensowane przez piszącego poprzez świadome działania, jak również skutek plastyczności funkcji mózgu⁸⁶⁵.

Podjęte w niniejszej rozprawie próby zróżnicowania grafizmów osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych zakończyły się tylko częściowym powodzeniem; w części potwierdziły również doniesienia z literatury przedmiotu. Empiryczne i statystyczne badania doprowadziły do znalezienia siedmiu cech pisma ręcznego, które charakteryzuje silny i dostatecznie istotny związek z psychozą

⁸⁶⁴ A. Feluś: *Testamenty...*, s. 117-118.

⁸⁶⁵ R. M. A. Suchenwirth: *op. cit.*, s. 114-119.

schizofreniczną. Oczywiście błędna byłaby teza, iż zmienne te muszą koniecznie wystąpić w każdym rękopisie schizofrenika. Zestaw zmiennych nie jest zbyt obszerny, aby możliwe było jego traktowanie jako „papierka lakmusowego” występowania bądź też nie schizofrenii u piszącego. Na pewno jednak kierunek przeprowadzonych badań jest słuszny, bez potrzeby generalizowania, iż „znaki schizofrenii w piśmie” występują w grafiźmie każdego schizofrenika.

Zdaniem autora, z metodologicznego punktu widzenia, dzięki poczynionym ustaleniom, dokonano kolejnego przybliżenia problematyki patologii występującej w wypowiedziach pisemnych osób chorych na schizofrenię. Ostateczne rozwiązanie problemu zmian w grafiźmie i patologii językowej schizofreników nadal nie jest jednoznaczne, o ile w ogóle możliwe. I tak też pozostanie, przynajmniej dotąd, aż psychiatrzy i neuropsychiatrzy nie wskażą zgodnie rzeczywistych mechanizmów powstawania schizofrenii.

BIBLIOGRAFIA

1. Abi-Dargham A., Reodenhiser J., Printz D., Zea-Ponce J., Gil R., Kegels L. S., Weiss R., B. Cooper T. B., Mann J. J., Van Heertum R. L., Gorman J. M., Laruelle M.: *Increased baseline occupancy of D₂ receptors by dopamine in schizophrenia*, Proceedings of the National Academy of Science USA 05.07.2000, tom 97, nr 14.
2. Alanen Yrjö O.: *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
3. Aleksandrowicz D.R.: *Psychoterapia schizofrenii: leczenie czy złuda?*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
4. Amador X. F., Kirkpatrick B., Buchanan R. W., Carpenter W. T., Marcinko L., Yale S. A.: *Stability of the Diagnosis of Deficit Syndrome in Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry, April 1999, 156: 637-639.
5. Andreasen N. C.: *Negative symptoms in schizophrenia: definition and validation*, Archives of General Psychiatry 1982 July, 39 (7): 789-794.
6. Barczyk A.: *Psychologia, psychiatria i prawo wobec podsądnych zaburzonych psychicznie*; Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach, Mysłowice 2006.
7. Barnes T. R., Curson D. A., Liddle P. F., Patel M.: *The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients*, The British Journal of Psychiatry 1989 April, 154: 486-491.
8. Barrett R. J.: *Kurt Schneider na Borneo: czy kryterium objawów pierwszorzędnych ma zastosowanie u Ibańczyków?* [w:] Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009.
9. Bartosiewicz J.: *Problematyka błędu w badaniach porównawczych pisma ręcznego i podpisów*, „Problemy Kryminalistyki” 1994, Nr 206.

10. Bartosiewicz J.: *Przyczyny podejmowania błędnych opinii w ekspertyzach porównawczych pisma zdeformowanego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
11. Becker H., Hartmann U.: *Genital self-injury behavior-phenomenologic and differential diagnosis considerations from the psychiatric viewpoint*, Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 1997 February; 65 (2): 71-78.
12. Belger A., Dichter G: *Psychopatologia*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J.A., Stroup S.T., Perkins D.O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006.
13. Bengston M.: *Post-Schizophrenic Depression*, Psych Central, retrieved on September 20, 2011: <http://psychcentral.com/lib/2006/post-schizophrenic-depression/>
14. Bentall R. P., Kinderman P., Kaney S.: *The Self, Attributional Processes And Abnormal Beliefs: Towards A Model Of Persecutory Delusions*, Behaviour Research and Therapy, Vol. 32, No. 3, 1994: 331-341.
15. Bieliński A. K.: *Charakter podpisu w polskim prawie cywilnym materialnym i procesowym*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007.
16. Birchwood M., Mason R., MacMillan F., Healy J.: *Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis*, Psychological Medicine 1993 May; 23 (2): 387-395.
17. Bilikiewicz A.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
18. Black D. W.: *Mortality in Schizophrenia - The Iowa Record-Linkage Study: A Comparison with General Population Mortality*, The Academy of Psychosomatic Medicine, Volume 29, Number 1, Winter 1998.
19. Blalock H. M.: *Statystyka dla socjologów*, PWN, Warszawa 1975.
20. Bolechała F.: *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna-regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2009, tom LIX, Nr 309-319.

21. Borkowska A., Hintze B.: *Obszary zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii* [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012.
22. Borkowska A., Rybakowski J.: *Deficyty poznawcze w schizofrenii*, [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2005.
23. Bottlender R., Strauss A., Möller H. J.: *Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients*, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000 Feb; 101(2): 153-160.
24. Breier A., Su T. - P., Saunders R., Carson R. E., Kolachana B. S., de Bartolomeis A., Weineberbger D. R., Weisenfeld N., Malthora A. K., Eckelman W. C., Pickar D.: *Schizophrenia in associated with elevated amphetamine-induced synaptic dopamine concentrations: Evidence from a novel positron emission tomography method*, *Proceedings of the National Academy of Science USA* 03.1997, tom 94.
25. Brejnak W., Zabłocki K. J.: *Dysleksja w teorii i praktyce*, Warszawski Oddział Polskiego Towarzystwa Dysleksji, Oddział Terenowy nr 1, Warszawa 1999.
26. Brennan P. A., Mednick S. A., Hodgins S.: *Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort*, *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57: 494-500.
27. Brown S.: *Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis*, *The British Journal of Psychiatry* 1997, 171: 502-508.
28. Bruck M. A.: *Contribution to the survey of handwriting*, *The American Journal of Psychiatry*, February 1956, Volume 112, Issue 8.
29. Brzeziński J.: *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
30. Brzeziński J.: *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
31. Buduj E.: *Z problematyki badań anonimów nakreślonych pismem ręcznym na wzór druku*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I* (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.

32. Burzyńska A.: *Inny w sztuce*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
33. Caligiuri M. P., Teulings H. L., Dean C. E., Niculescu III A. B., Lohr J. B.: *Handwriting Movement Analyses for Monitoring Drug-Induced Motor Side Effects in Schizophrenia Patients Treated with Risperidone*, Human Movement Science, 2009 October; Volume 28 (5).
34. Caligiuri M. P., Teulings H. - L., Dean Ch. E., Niculescu III A. B., Lohr J. B.: *Handwriting Movement Kinematics for Quantifying EPS in Patients Treated with Atypical Antipsychotics*, Psychiatry Research 2010, May 15; 177 (1-2).
35. Całkiewicz M.: *Kryminalistyczne badania patologicznego pisma ręcznego*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
36. Całkiewicz M.: *Zmiany w piśmie ręcznym osób upośledzonych umysłowo*, [w:] Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 1986.
37. Candido C. L., Romney D. M.: *Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder*, Journal of Affective Disorders, August, 2002, Volume 70, Issue 3: 261-271.
38. Carpenter W. T. Jr, Kirkpatrick B.: *The Heterogeneity of the Long-Term Course of Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin 1988, Vol. 14 (4): 645-652.
39. Cebula E., Małysz M.: *Wtórne cywilne i karne skutki stwierdzenia nieautentyczności testamentu*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
40. Cechnicki A., Bomba J.: *Różne konteksty i co z nich wynika*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004.
41. Chintalapudi M., Kulhara P., Avasthi A.: *Post-psychotic depression in schizophrenia*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 1993, 243: 103-108.
42. Chłopicki W., Olbrycht J. S.: *Wypowiedzi na piśmie jako objawy zaburzeń psychicznych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1959.

43. Chyc B.: *Zmienność obrazu pisma jak skutek warunków pisanania*, Problemy Kryminalistyki 1980 nr 147-148.
44. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991.
45. Czeczot Z.: *Badania identyfikacyjne pisma ręcznego*, Wydawnictwo ZK KGMO, Warszawa 1971.
46. Czeczot Z.: *O prawidłowe pobieranie materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, Biuletyn Prokuratury Generalnej, 1966, nr 11-12.
47. Czeczot Z.: *Wartość dowodowa opinii eksperta pisma ręcznego w świetle literatury kryminalistycznej i orzecznictwa sądowego w Polsce*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
48. Czernikiewicz A.: *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998.
49. Czernikiewicz A.: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
50. Ćwikliński Z.: *Komentarz do wykładów w sesji poświęconej historii schizofrenii*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
51. Davidson M., Reichenberg A., Rabinowitz J., Weiser M., Kaplan Z., Mark M.: *Behavioral and Intellectual Markers for Schizophrenia in Apparently Healthy Male Adolescents*, The American Journal of Psychiatry, September 1999; 156: 1328-1335.
52. Davis J. M., Chen N., Glick I. D.: *A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generatioin Antipsychotics*, Archives of General Psychiatry 2003, Vol. 60
53. Dąbrowski K.: *Dezintegracja pozytywna*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1979.
54. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

55. Drake R. E., Gates C., Cotton P. G.: *Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides*, The British Journal of Psychiatry 1986 December; 149: 784-789.
56. Drózd W., Borkowska A.: *Wpływ leczenia farmakologicznego na funkcje poznawcze w schizofrenii* [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012.
57. Ellouze F., Ayedi S., Masmoudi S., Bakri L., Chérif W., Zramdini R., Largueche M., Amri H., Ben Abla T., M'rad M. F.: *Schizophrenia and violence, incidence and risk factors: a Tunisian sample*, Encephale, September 2009; 35 (4): 347-352.
58. Emsley R. A., Oosthuizen P. P., Joubert A. F., Roberts M. C., Stein D. J.: *Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder*, The Journal of Clinical Psychiatry 1999 November; 60 (11): 747-51.
59. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J.: *Mental disorders and homicidal behavior in Finland*, Archives of General Psychiatry, June 1995; Volume 53 (No. 6); 497-501.
60. Feluś A.: *Identyfikacja kryminalistyczna na podstawie języka pisanego*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2000.
61. Feluś A.: *Identyfikacja na podstawie języka i analizy treści*, [w:] *Kryminalistyka*, (red.) Widacki J., C.H. BECK, Warszawa 1999.
62. Feluś A.: *Identyfikacja na podstawie pisma ręcznego*, [w:] *Kryminalistyka*, (red.) Widacki J., C.H. BECK, Warszawa 1999.
63. Feluś A.: *Indywidualność pisma a pomyłki biegłego*, Problemy Kryminalistyki, 1985, nr 168.
64. Feluś A.: *O właściwy termin w ekspertyzie pisma ręcznego dla grafizmu wywodzącego się od jednej osoby*, [w:] *Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976.
65. Feluś A.: *Ocena sędziowska dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II* (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.

-
66. Feluś A.: *Odchylenia materialne w piśmie osobniczym*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1979.
 67. Feluś A.: *Pobranie materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] *Nauka wobec przestępczości*, Księga ku czci Profesora Tadeusza Hanauska, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2001.
 68. Feluś A.: *Podpisy. Studium z pismoznawstwa kryminalistycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1987.
 69. Feluś A.: *Testamenty. Popularno-naukowe studium kryminalistyczne*, Wydawnictwo Volumen, Katowice 1996.
 70. Ferguson G. A., Takane Y.: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
 71. Fijał K., Wędzony K.: *Neurorozwojowa teoria schizofrenii*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004.
 72. Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.: *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
 73. Freud S.: *Charakter a erotyka*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996.
 74. Frith Ch. D.: *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia (Essays in Cognitive Neuropsychology Series)*, Lawrence Erlbaum Associates, London 1992.
 75. Gaberle A.: *Dowody w sądowym procesie karnym*, Wolters Kluwer, Kraków 2007.
 76. Gaebel W., Wolwer W.: *Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression*, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1992, 242: 46-52.
 77. Gajdowski J.: *Występowanie indywidualnych cech graficznych w przypadku tzw. „autofalszerstwa” (maskowanie pisma ręcznego)*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
 78. Gawda B.: *Stein-Lewinson ujęcie diagnozy schizofrenii na bazie pisma*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław 2002.

79. Geddes J., Freemantle N., Harrisson P., Bebbington P.: *Atypical antipsychotic in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis*, BMJ (British Medical Journal) Volume 321, 2000.
80. Gerken A., Wetzel H., Benkert O.: *Extrapiramidal symptoms and their relationship to clinical efficacy under perphenazine treatment. A controlled prospective handwriting-test study in 22 acutely ill schizophrenic patients*, Pharmacopsychiatry 1991 July; 24 (4).
81. Gierowski J. K.: *Psychiatria sądowa w Polsce - aktualny stan i perspektywy*, Palestra 2003/7-8/104.
82. Gierowski J. K., Paprzycki L. K.: *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Wydawnictwo C. H. BECK, Warszawa 2013.
83. Girdwoyń P.: *Wykorzystanie kryminalistyki dla celów obrończych*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
84. Głazek A., Krzywicki W., Kotarba A., Topolewska G.: *Znaczenie dowodowe ekspertyzy pisma ręcznego w procesie sądowym*, [w:] Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 1986 r.
85. Goc M.: *Badania podpisów w kryminalistycznej ekspertyzie pismoznawczej – wybrane zagadnienia metodyczne*, Problemy Kryminalistyki 2009, Nr 263 (styczeń-marzec).
86. Goodman J., Downing R. W., Rickels K.: *Temporal Change in Handwriting Expansiveness in Depressed and Schizophrenic Inpatients*, Journal of Nervous & Mental Disease, July 1964, Volume 139, Issue 1.
87. Gruszczyński W., Florkowski A., Gruszczyński B., Wysokiński A.: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych*, Polski Merkuriusz Lekarski, 2008, XXV, Suppl. 1,55.
88. Gruza E. : *Psychologia sądowa dla prawników*, Wolters Kluwers, Warszawa 2009.
89. Grzegorzczak T.: *Kodeks postępowania karnego oraz ustawa o świadku koronnym. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

90. Grzeszyk Cz., Grzeszyk-Kiliańska E.: *Falszerstwo dokumentów przez przerobienie i podrobienie*, [w:] Kryminalistyczne badania pismoznawcze (red.) Grzeszyk Cz., Wydawca prof. dr hab. Czesław Grzeszyk, Warszawa 2008.
91. Gutenkust W.: *Kryminalistyka. Zarys systematycznego wykładu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1974.
92. Hasse H. J.: *Extrapyramidal modification of fine movements: a "conditio sine qua non" of the fundamental therapeutic action of neuroleptic drugs*, Review Canadian Biology 1961 June; 20.
93. Hajdukiewicz D.: *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
94. Hajdukiewicz D.: *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
95. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J. and Deeks J. J.: *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*, British Journal Of Psychiatry (2005), 187, 9-20.
96. Haxby J. V., Hoffman E. A., Gobbini M. I.: *The distributed human neural system for face perception*, Trends In Cognitive Sciences, June 2000, Vol. 4, No. 6: 223-233.
97. Häfner H., Löffler W., Maurer K., Hambrecht M., an der Heiden W.: *Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia*, Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 100, Issue 2, August 1999.
98. Hecker M. R.: *Daubert na drodze do Europy*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003.
99. Heilä H., Isometsä E. T., Henriksson M. M., Heikkinen M. E., Marttunen M. J., Lönnqvist J. K.: *Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 1997; 154.
100. Heitzman J.: *Ekspertyza psychiatryczna*, [w:] Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane, (red.) Wójcikiewicz J., Wolters Kluwer, Warszawa 2007.

101. Heitzman J.: *Schizofrenia na wadze Temidy. Prawo i choroba psychiczna*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
102. Herman B.: *Sądowe badania testamentu holograficznego (wymogi procesowe) - czas na zmiany*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
103. Hofmański P., Zabłocki S.: *Elementy metodyki pracy sędziego w sprawach karnych*, Wolters Kluwer i Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Warszawa 2006.
104. Hołyst B.: *Psychologia kryminalistyczna*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2004.
105. Horoszowski P.: *Kryminalistyka*, PWN, Warszawa 1958.
106. Horoszowski P.: *O niektórych problemach ekspertyzy w świetle praktyki sądowej*, NP 1963 r., nr 2.
107. Jacoby H. J.: *Analysis of handwriting*, George Allen & Unwin Ltd, London 1952.
108. Jankowski K.: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1975.
109. Jaracz M.: *Podejmowanie decyzji w schizofrenii*, [w:] *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne* (red.) Borkowska A., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012.
110. Javitt D. C., Coyle J. T., *Schizofrenia rozkodowana*, [w:] *Świat Nauki*, Nr 2 (150)/2004.
111. Jenkins J. H.: *Schizofrenia jako paradygmatyczny przypadek dla rozumienia podstawowych ludzkich procesów*, [w:] *Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia* (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009.
112. Jones P. B, Barnes T. R., Davies L., Dunn G., Lloyd H., Hayhurst K. P., Murray R. M., Markwick A., Lewis S. W.: *Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second - vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia:*

- Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*, Archives of General Psychiatry 2006; 63, 1079-1087.
113. Justes J. A.: *Neuropsychologia podmiotu fałszującego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
 114. Justes J. A., Villalain Blanco J. D.: *Czynnik neurobiologiczny w piśmie i ekspertyzie pisma*, [w:] Materiały II Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 1986 r.
 115. Kaltenbek-Skarbek L., Żurek W.: *Prawo spadkowe*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
 116. Kaplan H. I., Sadock B. J., Sadock V. A.: *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
 117. Katsching H.: *The Interaction of Psychotherapy and Drugs in the Management Schizophrenia: A Neglected Field: A Review*, [w:] Schizophrenia. Second Edition. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002.
 118. Kay R. W.: *Schizophrenia and season of birth: relationship to geomagnetic storms*, Schizophrenia Research 66 (2004) 7-20.
 119. Kay S. R., Lindenmayer J. P.: *Outcome predictors in acute schizophrenia. Prospective significance of background and clinical dimensions*, The Journal Nervous and Mental Disease 1987 March, 175 (3): 152-160.
 120. Kądziaława D.: *Zaburzenia językowego po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, [w:] Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej (red.) A. Herzyk, D. Kądziaława, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1997.
 121. Kee K. S., Green M. F., Mintz J., Brekke J. S.: *Is emotion Processing a Predictor of Functional Outcome in Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 29(3): 487-497, 2003.
 122. Kegel Z.: *Badania eksperymentalne w zakresie pisma ręcznego oraz ich praktyczne znaczenie*, [w:] Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego, Uniwersytet Śląski, Katowice 1976.

123. Kegel Z.: *Cecha naciskowości w piśmie „prowadzone”*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wrocław 2002.
124. Kegel Z.: *Dowód z ekspertyzy pismoznawczej w polskim procesie karnym*, Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1973.
125. Kegel Z.: *Ekspertyza za stanowiska procedury i kryminalistyki*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1976.
126. Kegel Z.: *Zależność poprawności opinii z ekspertyzy pismoznawczej od materiału porównawczego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, Tom II (red.) Kegel Z., Wrocław 2002.
127. Kępiński A.: *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
128. Kępiński A.: *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
129. Kinderman P., Bentall R. P.: *A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire*, Personality and Individual Differences, Volume 20, Issue 2, February 1996.
130. Klee E.: *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2009.
131. Klęsk A.: *Psychofizjologia i patologia pisma*, Książnica - Atlas, Lwów - Warszawa 1924.
132. Knopp W.: *Explorations in the assessment and meaning of the subclinical extrapyramidal effect of neuroleptic drugs*, Farmakopsychiatrie 1968; 1.
133. Kocur J., Trendak W.: *Podwójna diagnoza a opiniowanie sądowo-psychiatryczne*, Psychiatria Polska, 2009, tom XLIII, numer 5, str. 601-609.
134. Kocur J., Trendak W.: *Psychiatryczno-sądowe kryteria oceny zdolności do świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2009, tom LIX, Nr 136-140.
135. *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I*, (red.) Pietrzykowski K., Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2002.
136. *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, (red.) Giezek J., Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
137. *Kodeks karny. Komentarz*, (red.) Górniok O., Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006.

138. *Kodeks karny. Praktyczny komentarz*, (red.) Mozgawa M., Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
139. Kolasiński B.: *Wymagania wymiaru sprawiedliwości wobec biegłych psychiatrów i ich orzeczeń*, Prokurator 2005/1/24.
140. Kopczyński G.: *Konfrontacja biegłych w polskim procesie karnym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
141. Kopelowicz A., Lieberman R., Mintz J., Zarate R.: *Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry 1997, 154 (3): 424-425.
142. Koreen A. R., Siris S. G., Chakos M., Alvir J., Meyerhoff D., Lieberman J.: *Depression in first-episode schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry, 1993, November, 150(11): 1643-1648.
143. Koziczak A.: *Metody pomiarowe w badaniach pismoznawczych*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1997.
144. A. Koziczak: *Zmiany autofalszerskie w podpisach czytelnym*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003.
145. Kulicki M.: *Uzasadnienie opinii pismoznawczych*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
146. Kuperberg G. R.: *Language in Schizophrenia*, Language and Linguistic Compass 4/8 (2010).
147. Kuperberg G. R., Caplan D.: *Language Dysfunction In Schizophrenia*, [w:] Neuropsychiatry (red.) Schiffer R. B., Rao S. M., Fogel B. S., 2nd edition, 2003, Lippincott Williams And Wilkins, Philadelphia.
148. Künstler U., Juhnhold U., Knapp W. H., Gertz H. J.: *Positive correlation between reduction of handwriting area and D2 dopamine receptor occupancy during treatment with neuroleptic drugs*, Psychiatry Research 1999, February 22; 90 (1).
149. Künstler U., Hodorf K., Regenthal R., Seese A., Gertz H. J.: *Diminution of hand writing area and D2-dopamine receptor blockade. Results from treatment with typical and atypical neuroleptics*, Nervenarzt 2000 May; 71 (5).

150. Kwieciński H.: *Grafologia sądowa (zasady ekspertyzy dokumentów i analizy pisma)*, Instytut Wydawniczy >>Biblioteka Polska<<, Warszawa 1936.
151. Laing R.D.: *Podzielone „ja”*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2004.
152. Langauer-Lewowicka H.: *Neurotoksyczność rtęci metalicznej - trudności diagnostyczne*, Medycyna Pracy 2003; 54 (4).
153. Lee J. , Gosselin F., Wynn J. K., Green M. F.: *How Do Schizophrenia Patients Use Visual Information to Decode Facial Emotion?*, Schizophrenia Bulletin doi: 10.1093/sch bul/sbq006.
154. Legień M., Pobocho J.: *Kryminalistyczna ocena wpływu neuroleptyków na obraz pisma ręcznego schizofreników*, Arch. Med. i Krym., t. XXIX, 1979, Nr 3.
155. Legień M., Zgryzek K.: *Zmiany w obrazie pisma ręcznego narkomanów i schizofreników*, Z materiałów II Krakowskiego Sympozjum Kryminalistycznego w Myślenicach, Problemy Kryminalistyki, 1977, XXIII, 125.
156. Lehtinen V.: *Need for an Integrated and Need-adapted Approach in Treating Schizophrenia*, [w:] Schizophrenia. Second Edition. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002.
157. *Leksykon psychiatrii* (red.) S. Pużyński, PZWL, Warszawa 1993.
158. Leucht S., Wahlbeck K., Hamann J., Kissling W.: *New generation antipsychotic versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis*, Lancet 2003; 361, 1581-1589.
159. Lewis D. A.: *Retroviruses and the pathogenesis of schizophrenia*, Proceedings of the National Academy of Science USA, tom 98, nr 8.
160. Lipczyńska M.: *Zasada swobodnej oceny dowodów a wskazania Sądu Najwyższego w zakresie oceny dowodów ze szczególnym uwzględnieniem ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976.
161. Lucas R.: *W kulturze i poza nią: etnograficzne metody interpretowania schizofrenii*, [w:] Schizofrenia, kultura i subiektywność - na krawędzi doświadczenia (red.) Jenkins J. H., Barrett R. J., LIBRON, Kraków 2009.

162. Luśnia T.: *Kształtowanie się cech osobniczych pisma ręcznego podczas procesu nauczania u dzieci w wieku wczesnoszkolnym (klasa I-V szkoły podstawowej)*, [w:] Zeszyty metodyczne – Badania dokumentów (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, nr 3.
163. Łuniewski W.: *Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna*. Rękopis opracował do druku prof. dr S. Batawia, PZWL, Warszawa 1950.
164. Łuria A. R.: *Podstawy neuropsychologii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
165. Marcinkowski J.: *Wpływ schizofrenii paranoidalnej na obraz pisma*, [w:] Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Czynniki wpływające na obraz pisma (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 2001, Nr 12.
166. Mandal M. K., Pandey R., Prasad A. B.: *Facial Expressions of Emotions and Schizophrenia: A Review*, Schizophrenia Bulletin, 24 (1): 339-412, 1998.
167. Marcinkowski J. T., Klimberg A.: *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. I. Charakterystyka materiału badawczego. Charakterystyka testatorów*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2007, tom LVII, Nr 31-41.
168. Marcinkowski J. T., Klimberg A.: *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. II. Wnioski końcowe opinii. Jakość dokumentacji lekarskiej. Ocena zeznań świadków*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2007, tom LVII, Nr 42-48.
169. Marek A.: *Kodeks karny. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
170. Marek A.: *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 1997.
171. Martin J. A., Penn D. L.: *Attributional Style in Schizophrenia: An Investigation in Outpatients with and without Persecutory Delusions*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 28, No 1, 2002: 131-141.
172. Mayer H.: *Alters- und krankheitsbedingte Veränderungen der Handschrift, Unterschriftsprüfung*, Zeitschrift für Menschenkunde, 1-2/1975.

173. Mączyński A.: *Wpływ wad oświadczenia woli na ważność testamentu*, Rejent 1991/7-8/24.
174. McGlashan T.H., Carpenter W.T.: *Postpsychotic depression in schizophrenia*, Archives of General Psychiatry 1976 February; 32 (2): 231-239.
175. Mueser K. T., Glynn S. M., McGurk S. R.: *Upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006.
176. Michel L.: *Pomoc udzielana przy sporządzaniu własnoręcznych testamentów*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
177. Mickiewicz J.: *Jedynka z ortografii? Rozpoznawanie dysleksji, dysortografii i dysgrafii w starszym wieku szkolnym*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 1997.
178. Miles C. P.: *Conditions predisposing to suicide: a review*, The Journal of Nervous and Mental Disease 1977, 164: 231-246.
179. Miller D. D., Caroff S. N., Davis S. M., Rosenheck R. A., McEvoy J. P., Saltz B. L., Riggio S., Chakos M. H., Swartz M. S., Keefe R. S. E., Lieberman J. A.: *Extrapyramidal side-effects of antipsychotic in a randomised trial*, The British Journal of Psychiatry, 2008 October, 193 (4).
180. Morice R. D., Ingram J. C. L.: *Language complexity and age of onset of schizophrenia*, Psychiatry Research, Volume 9, Issue 3, July 1983.
181. Morice R., McNicol D.: *Language Changes in Schizophrenia: A Limited Replication*, Canadian Journal of Community Mental Health, Vol. 12, No. 2, 1986.
182. Mullholland C., Cooper S.: *The symptom of depression in schizophrenia and its management*, Advances in Psychiatric Treatment, 2000, Vol. 6: 169-177.
183. Munkner R., Haastrup S., Joergensen T., Kramp P.: *The temporal relationship between schizophrenia and crime*, Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology (2003) Volume 38, Number 7: 347-353.
184. Napieralska-Ozga E.: *Wybrane zagadnienia wpływu zmian ustroju psychofizycznego człowieka oraz innych czynników na wygląd pisma ręcznego, a w szczególności podpisów*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy

- dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
185. Nowożenny M.: *Ekspertyza kryminalistyczna w świetle orzecznictwa sądowego ze szczególnym uwzględnieniem ekspertyzy pisma ręcznego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
186. Opińska D.: *Niektóre problemy badawcze testamentów sporządzonych przez osoby chore*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
187. Oosthuizen P., Emsley R., Niehaus D., Koen L., Chiliza B.: *The relationship between depression and remission in first-episode psychosis*, World Psychiatry October 2006, 5-3: 172-176.
188. Paprzycki L.: *Kryteria oceny opinii biegłego psychiatry i psychologa w postępowaniu karnym*, Palestra 1999/11/5.
189. Paprzycki L. K.: *Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym oraz w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2006.
190. Penn D. L., Addington J., Pinkham A.: *Zaburzenia poznania społecznego*, [w:] Schizofrenia, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006.
191. Pięciorek E.: *Deformacje pisma ręcznego a zwłaszcza wpływ ciężkiej pracy fizycznej na jego obraz*, [w:] Zeszyty metodyczne – Deformacje pisma ręcznego (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, nr 5.
192. Pionkowski J.: *Psychiatria sądowa*, Departament Szkolenia i Wydawnictw MSW, Warszawa 1970.
193. Piotrowska I.: *Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2007, tom LVII, Nr 196-199.
194. *Postępowanie karne. Część ogólna* (red.) Świda Z., Wolter Kluwer, Warszawa 2008.

195. Pobocha J.: *Metodologia badania tzw. patologii pisma*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
196. Pobocha J.: *Metodyka opiniowania w sprawach testamentowych*, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2000; 9 (Supl. 1): 51-59.
197. Pobocha J.: *Problemy patologii pisma*, Z zagadnień kryminalistyki, t. XX, Instytut Ekspertyz Sądowych, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.
198. Pobocha J.: *Przydatność niektórych metod grafometrycznych w ocenie progu impregnacji neuroleptycznej (rozprawa doktorska)*. Maszynopis w zbiorach Biblioteki Głównej PAM w Szczecinie, 1973 r.
199. Podpałyj V.: *Ekspertyza pismoznawcza*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
200. Podpałyj W.: *Pismoznawcze i kryminalistyczne badania dokumentów*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003.
201. Pompili M., Amador X. F., Girardi P., Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K., Krausz M., Lester D., Meltzer H. Y., Modestin J., Montross L. P., Mortensen P. B., Munk-Jørgensen P., Nielsen J., Nordentoft M., Saarinen P. I., Zisook S., Wilson S. T., Tatarelli R.: *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*, Annals of General Psychiatry 2007, 6: 10: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/10>.
202. Ponikowski R.: *O właściwy poziom i prawidłową formę sprawozdania oraz opinii z przebiegu badań pismoznawczych*, [w:] Zagadnienie dowodu z ekspertyzy pisma ręcznego, (red.) Kegel Z., Uniwersytet Śląski, Katowice 1976.
203. Pöpel E., Edingshaus A. L.: *Mózg - tajemniczy kosmos*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005.
204. Przesławski T.: *Funkcja czynnika psychicznego w konstrukcji czynu zabronionego i formach winy*, Studia Iuridica 2008/48/219.
205. Przybysz J.: *Psychiatra sądowa. Część I. Opiniowanie w procesie karnym*, Wydawnictwo Tumult, Toruń 2007.

206. Przybysz J.: *Psychiatria sądowa. Część II. Opiniowanie w postępowaniu cywilnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Wydawnictwo Tumult, Toruń 2007.
207. *Psychiatria kliniczna*, (red.) T. Bilikiewicz, PZWL, Warszawa 1988.
208. *Psychiatria kliniczna, części V-VI*, (red.) A. Bilikiewicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.
209. Pull Ch. B.: *Diagnosis of Schizophrenia: A Review*, [w:] *Schizophrenia. Second Edition*. Edited by Maj M., Sartorius N., John Wiley & Sons Ltd., Chichester, West Sussex 2002.
210. Puri D. K. S.: *Tremors: Forged or Genuine*, „International Criminal Police Review” 1974, Nr 282.
211. Pużyński S., Rybakowski J.: *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii* (red.) Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
212. Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Strzelecki D.: *Przewodnik psychofarmakoterapii. Działania niepożądane i powikłania*, Via Medica, Gdańsk 2010.
213. Reilly F., Harrow M., Tucker G., Quinlan D., Siegel A.: *Looseness of Associations in Acute Schizophrenia*, *The British Journal of Psychiatry* (1975) 127.
214. Rosenheck R., Perlick D., Bingham S., Liu-Mares W., Collins J., Warren S., Leslie D., Allan E., Campbell E. C., Caroff S., Corwin J., Davis L., Douyoun R., Dunn L., Evans D., Frecksa E., Grabowski J., Graeber D., Herz L., Kwon K., Lawson W., Mena F., Sheikh J., Smelsn D., Smith-Gamble V.: *Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial*, *JAMA* 2003; 290, 2693-2702.
215. Roy A., Thompson R., Kennedy S.: *Depression in chronic schizophrenia*, *The British Journal of Psychiatry* 1983 May; 142: 465-470.
216. Rzewuska M.: *Charakterystyka kliniczna neuroleptyków drugiej generacji*, [w:] *Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie*, (red.) Meder J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2007.
217. Rybakowski J.: *Biologiczna patogeneza schizofrenii a leczenie farmakologiczne*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004.

218. Rybakowski J.: *Neurobiologia schizofrenii na przestrzeni XX wieku*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
219. Rybakowski J.: *Neuroimmunologia zaburzeń psychicznych*, [w:] Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii (red.) Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
220. Rypiński P.: *Dysgrafia - możliwości identyfikacji*, [w:] Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Kształtowanie się cech osobniczych (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 1999, Nr 3.
221. Safianowski A.: *Z problematyki badań pisma leworęcznego*, Problemy Kryminalistyki 1984, Nr 164.
222. Sands J. R., Harrow M.: *Depression during the longitudinal course of schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin 1999, 25: 157-171.
223. Saudek R.: *Psychology of Handwriting*, Kessinger Publishing 2003.
224. Segal J.: *Melanie Klein*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
225. Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L.: *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
226. Shaughnessy J. J., Zechmeister E. B., Zeichmeister J. S.: *Metody badawcze w psychologii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
227. Shorter E.: *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
228. Siris S. G.: *Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of „Atypical” Antipsychotic Agents*, The American Journal of Psychiatry 2000; 157:9, September 2000: 1379-1389.
229. Siris S. G., Addington D., Azorin J. M., Fallon I. R., Gerlach J., Hirsch S. R.: *Depression in schizophrenia recognition and management in the USA*, Schizophrenia Research, 2001 March 1, 47 (2-3): 185-197.
230. Sitnicki A.: *Kto powinien pobierać materiał porównawczy do ekspertyzy pismoznawczej*, Problemy Kryminalistyki 1986, nr 173.

231. Skowrońska E.: *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga czwarta. Spadki*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1995.
232. Skubisz S.: *Dowód z ekspertyzy pism patologicznych*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2004.
233. Stefan M., Travis M., Murray R. M.: *An Atlas of Schizophrenia*, The Parthenon Publishing Group, Boca Raton, London, New York, Washington, D.C. 2002.
234. Stroup T. S., Kraus J. E., Marder S. R.: *Farmakoterapia*, [w:] *Schizofrenia*, (red.) Lieberman J. A., Stroup S. T., Perkins D. O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006.
235. Skubisz S.: *Dowód z ekspertyzy pism patologicznych*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2004.
236. Skupień E., Kowanetz M.: *Psychiatryczno-psychologiczne opiniowanie w sprawach o unieważnienie oświadczenia woli ze szczególnym uwzględnieniem oceny swobody*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2008, tom LVIII, Nr 37-42.
237. Sławik K., Bronowska K.: *Biegli i ich ekspertyzy pisma*, *Problemy Kryminalistyki* z 2005 r., Nr 247.
238. Sonnemann U.: *Handwriting Analysis. As a Psychodiagnostic Tool. A Study in General and Clinical Graphology*, Grune & Stratton, New York 1950.
239. Soszalski R.: *Możliwość ustalenia wykonawcy podpisu podrobionego sposobem naśladownictwa*, *Problemy Kryminalistyki* 1978, Nr 136.
240. Soszalski R.: *O niektórych powinnościach biegłych pismoznawców*, *Problemy Kryminalistyki* 1987, Nr 176 (XXXIV, kwiecień-czerwiec).
241. Soszalski R.: *Próba kryminalistycznej oceny pisma zaburzonego*, *Problemy Kryminalistyki* 1979, nr 141.
242. Spruś K.: *Obserwacja psychiatryczna po lutowej nowelizacji*, artykuł zamieszczony na stronie internetowej Prokuratury Okręgowej w Zielonej Górze (<http://www.zielona-gora.po.gov.pl/index.php?id=26>, stan na dzień 14.08.2010 r.)
243. Stone M. H.: *Schizofrenia i starsze terminy o zbliżonym znaczeniu - rys historyczny*, [w:] *Schizofrenia*, (red.) Lieberman J.A., Stroup S.T., Perkins D.O., The American Psychiatric Publishing, Oriold & CO., 2006.

244. Stransky E.: *Das Initialdelikt*, Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für Neurologie, 1950, Nr 4.
245. Suchenwirth R. M. A.: *Neurologie und Pathologie des Schreibens*, Zeitschrift für Menschenkunde, 45/1981.
246. Szwarc A.: *Falszerstwo dokumentów w świetle kryminalistyki*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1955.
247. Tomaszewski T.: *Dowód z opinii biegłego w procesie karnym*, Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 2000.
248. Tomaszewski T.: *Sprawa United States V. Starzecpyzel i co z niej wynika dla opiniowania pismoznawczego*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. II (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
249. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii)*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2005.
250. Uszkiewiczowa L.: *Opinia biegłego z zakresu psychiatrii*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1973.
251. Üstün T. B., Bertelsen A., Dilling H., van Drimmelen J., Pull C., Okasha A., Sartorius N.: *ICD-10. Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych*, American Psychiatric Press, Inc., Gdańsk 1999.
252. Walsh K.: *Neuropsychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
253. Wasilewska M. A.: *Znaczenie patologicznych zmian pisma ręcznego oraz cech językowo-treściowych, widocznych w wypowiedziach pisemnych*, [w:] Jurisprudencija, Teismo Ekspertizės Teorija Ir Praktika, Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius 2005, t. 66 (58).
254. Wasilewska M. A., Żywucka-Kozłowska E.: *Metodyka postępowania sądów w sprawie testamentów holograficznych - wybrane problemy*, [w:] Materiały X Wrocławskiego Sympozjum Badań Pisma, Wrocław 2003.

255. Wciórka J.: *Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną*, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 3. (red.) Cechnicki A., Bomba J., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2004.
256. Wciórka J.: *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, [w:] Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna (red.) Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
257. Wciórka J.: *Schizofrenia z perspektywy historii i kultury - ile prawdy, ile fałszu, ile złudzeń?*, Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, T. 4. (red.) Bomba J., Rostworowska M., Müldner-Nieckowski Ł., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006.
258. Whalen P. J.: *Fear, vigilance and ambiguity: initial neuroimaging studies of human amygdala*, , Current Directions in Psychological Science 1998; 7.
259. Whittaker J. F.: *Face processing in schizophrenia: defining the deficit*, Psychological Medicine 2001; 31.
260. Widła T.: *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1986.
261. Widła T.: *Cechy płci w rękopisach młodzieży*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław 2002.
262. Widła T.: *Ocena dowodu z opinii biegłego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1992.
263. Widła T.: *Przypadkowe podobieństwa grafizmów*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
264. Widła T.: *Uwagi o przeprowadzaniu dowodu z opinii biegłego*, Palestra, Nr 3-4, 2002.
265. Widła T.: *Wnioskowanie o niezdolności do testowania*, [w:] Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów, T. 1 (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.

266. Widła T.: *Wpływ pozycji pisarskiej na grafizm*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
267. Widła T.: *Źródła błędów w opiniach pismoznawczych*, *Palestra* 1982, nr 11-12.
268. Wierciński J.: *Brak świadomości albo swobody przy sporządzaniu testamentu*, LexisNexis, Warszawa 2013.
269. Winiarz J., Gajda J.: *Prawo rodzinne*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1999.
270. Witkowski F.: *Psychopatologie et écriture*, Masson, Paris-Milan-Barcelone-Mexico 1990.
271. Woerner M. G., Robinson D. G., Alvir J. M. J., Sheitman B. B., Lieberman J. A., Kane J. M.: *Clozapine as a First Treatment for Schizophrenia*, *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160.
272. Wojciechowski L.: *Zmiany w piśmie osób po przebytych udarach mózgu*, [w:] *Zeszyty metodyczne - Badania dokumentów: Czynniki wpływające na obraz pisma* (red.) Goc M., Wydawnictwo Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP, Warszawa 2001, Nr 12.
273. Wooley D. W., Gommi B. W.: *Synergist for Serotonin Present In Schizophrenic Blood*, *Biochemistry* Vol. 56, 1966.
274. Woźniak T.: *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.
275. Wójcik W.: *Ogólne zasady pobierania materiału porównawczego do ekspertyzy pisma ręcznego*, *Problemy Kryminalistyki*, 1957, nr 8.
276. Wójcik W.: *Podstawowe problemy badania pisma*, Departament Szkolenia i Wydawnictw MSW, Warszawa 1971.
277. Wójcik W.: *Przyczyny błędów merytorycznych i formalnych w ekspertyzach testamentów*, [w:] *Problematyka dowodu z ekspertyzy dokumentów*, T. I (red.) Kegel Z., Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
278. Wróbel T.: *Pismo i pisanie w nauczaniu początkowym*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1958.

- 279. Vinh Bang: *Etude Expérimentale sur l'évolution de l'écriture chez les écolières de 7 à 18 ans*, Geneva 1955.
- 280. Zgryzek K.: *Wpływ schizofrenii na obraz pisma ręcznego (rozprawa doktorska)*. Maszynopis w zbiorach Biblioteki Głównej PAM w Szczecinie, 1978 r.
- 281. Zieliński R., Zieliński W.: *Tablice statystyczne*, PWN, Warszawa 1990.

ORZECZENIA SĄDOWE

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 10.07.2007 r., OTK-A 2007/7/75.

Uchwała SN z 23.04.1960 r., 3 CO 8/60, OSN 1961/1/27.

Uchwała SN z 28.04.1973, III CZP 78/72, OSNCP 1973/12/1270.

Uchwała SN z 05.06.1992 r., III CZP 41/92, OSNC 1992/9/147.

Uchwała SN z 30.09.1971 r., III CZP 56/71, OSNCP 1972/3/47.

Uchwała SN z 02.10.1992 r., III CZP 90/92, OSNCP 1993/1-2/4.

Uchwała SN z 09.05.2002 r., III CZP 7/02, Biul. SN 2002/5/9.

Uchwała SN z 25.04.1983 r., III CZP 12/83, OSNC 1983/11/74.

Uchwała SN z 22.11.2002 r., I KZP 38/02, OSNKW 2003/1-2/3.

Wyrok SN z 26.05.1960 r., II K 343/60, OSNPG 1960/8-9/142.

Wyrok SN z 24.10.1960 r., III K 693/59, RPEiS 1961/1.

Wyrok SN z 11.07.1968 r., V KRN 333/68, OSNPG 1968/12/147.

Wyrok SN z 07.02.2006 r., IV CSK 7/05, LEX nr 180191.

Wyrok SN z 11.12.1979 r., II CR 448/79, OSPiKA 1981/3/45.

Wyrok SN z 02.09.1948 r., Po. C. 188/48, PN 1948/11-12/356.

Wyrok SN z 04.04.1985 r., II CZ 41/85, LEX nr 8704.

Wyrok SN z 27.04.1979 r., III CRN 56/79, OSNC 1979/12/244.

Wyrok SN z 12.04.1952 r., I K 1308/51, OSNCK 1953/1/18.

Wyrok SN z 14.09.1957 r., II KRN 782/57, OSPiKA 1958/5/120.

Wyrok SN z 05.01.2001 r., V CKN 915/00, OSP 2001/6/92.

Wyrok SN z 17.10.1983 r., II KR 214/83, OSNPG 1984/4/32.

Wyrok SN z 14.09.2000 r., IV KKN 222/99, LEX nr 51118.

Wyrok SN z 02.12.2002 r., III KKN 318/00, LEX nr 74476.

Wyrok SN z 07.02.1986 r., IV KR 15/86, OSNPG 1986/11/150.

Wyrok SN z 19.05.1959 r., I CR 485/58, OSPiKA 1960/5/118.

Wyrok SN z 14.01.1953 r., C 1761/51, Państwo i Prawo 1953, nr 12.

Wyrok SN z 30.06.1971 r., II CR 169/71, OSNC 1972/1/17.

Wyrok SN z 15.02.1983 r., I CR 7/83, LEX nr 8511.

Wyrok SN z 25.10.1965 r., II CR 293/65, OSNC 1966/9/148.

Wyrok SN z 13.03.1974 r., II CR 42/74, OSNC 1975/1/14.
Wyrok SN z 04.02.1985 r., IV CR 557/84, OSNC 1985/11/181.
Wyrok SN z 06.02.1981 r., IV CR 533/80, OSNC 1981/11/215.
Wyrok SN z 02.02.1968 r., I CR 650/67, OSNC 1968/10/172.
Wyrok SN z 18.07.1967 r., I CR 43/67, OSNC 1968/2/28.
Wyrok SN z 14.02.1961 r., I CR 938/59, OSPiKA 1962/10/265.
Wyrok SN z 19.01.1999 r., II CKN 744/98, LEX nr 529706.
Wyrok SN z 19.03.1969 r., IV KR 12/69, OSNKW 1969/11/141.
Wyrok SN z 14.02.1961 r., I CR 938/59, OSPiKA 1962/10/265.
Wyrok SN z 28.05.2001 r., IV KKN 89/01, LEX 51839.
Wyrok SN z 03.05.1982 r., I KR 319/81, OSNPG 1982/11/149.
Wyrok SN z 10.07.1972 r., I KR 125/72, OSNKW 1972/12/196.
Wyrok SN z 20.06.1986 r., III KR 154/86, OSNPG 1987/4/50.
Wyrok SN z 06.03.2008 r., III KK 427/07, LEX nr 361525.
Wyrok SN z 19.11.2007 r., IV KK 262/07, LEX nr 340591.
Wyrok SN z 18.09.2002 r., III KKN 17/00, LEX nr 55537.
Wyrok SN z 12.11.2003 r., III KK 416/02, LEX nr 82308.
Wyrok SN z 17.08.1984 r., III KR 189/84, OSNPG 1985/3/40.
Wyrok SN z 16.03.2006 r., IV KK 446/05, LEX nr 183073.
Wyrok SN z 18.07.1970 r., RW 654/70, Informacja Prawnicza 1970/ 7-8/7.
Wyrok SN z 30.09.1982 r., I KR 228/82, OSNPG 1983/4/47.
Wyrok SN z 03.02.1976 r., VI KRN 6/76, Gazeta Prawnicza 1976/8/4.
Wyrok SN z 05.04.1978 r., V KR 43/78, OSNPG 1978/11/124.
Wyrok SN z 31.03.1980 r., II KR 56/80, OSNPG 1981/5/54.
Wyrok SN z 21.07.2000 r., II KKN 108/2000, LEX nr 50904.
Wyrok SN z 29.12.1978 r., II CR 475/78, OSP 1980/7/141.
Wyrok SN z 28.01.2004 r., IV CK 406/02, LEX nr 529700.
Wyrok SN z 06.05.1997 r., I CKN 86/97, LEX nr 529701.
Wyrok SN z 23.07.1982 r., III CRN 159/82, OSPiKA 1983/4/88.
Wyrok SN z 05.03.2002 r., III KKN 329/99, OSNKW 2002/7-8/63.
Wyrok SN z 13.07.2005 r., IV KK 85/05, OSNwSK 2005/1/1355.

Wyrok SN z 02.02.1973 r., IV KR 392/72, OSNPG 1973/8/114.
Wyrok SN z 09.07.1968 r., IV KR 110/68, OSP 1970/4/70.
Wyrok SN z 27.03.1984 r., II KR 61/86, OSNPG 1986/11/144.
Wyrok SN z 10.04.1975 r., II KR 356/74, LEX nr 21673.
Wyrok SN z 20.04.1977 r., V KR 52/77, OSNKG 1977/7-8/83.
Wyrok SN z 16.11.1973 r., III KR 257/73, LEX nr 21585.
Wyrok SN z 03.09.2002 r., V KKN 355/01, LEX nr 55215.
Wyrok SN z 13.01.1978 r., V KR 183/77, OSNPG 1978/7/76.
Wyrok SN z 20.12.1998 r., II AKa 201/98, OSA 1999/9/61.
Wyrok SN z 07.08.1980 r., I KR 180/80, OSNKG 1980/12/28.
Wyrok SN z 13.11.2007 r., V KK 339/07, OSNwSK 2007/1/2570.
Wyrok SN z 18.12.2007 r., V KK 383/07, LEX nr 353347.
Wyrok SN z 05.02.2009 r., II KK 252/08, Biul. PK 2009/5/4.
Wyrok SN z 20.05.1984 r., I KR 102/84, OSNPG 1984/12/112.
Wyrok SN z 01.04.1988 r., IV KR 281/87, OSNKG 1988/9-10/69.
Wyrok SN z 03.05.1982 r., I KR 319/81, OSNPG 1982/11/149.
Wyrok SN z 14.03.1991 r., III KR 155/90, LEX nr 22066.
Wyrok SN z 05.07.1968 r., III KR 39/68, OSNPG 1968/12/139.
Postanowienie SN z 30.06.1972 r., I CR 403/72, OSNC 1973/3/49.
Postanowienie SN z 20.07.2005 r., II CK 2/05, Monitor Prawniczy 2005/16/779.
Postanowienie SN z 17.05.2007 r., II KK 331/06, OSNwSK 2007/1/1070.
Postanowienie SN z 17.06.1998 r., II KKN 311/97, Prok. i Pr., 1998/11-12/16.
Postanowienie SN z 21.11.1977 r., Z 34/77, OSNKG 1977/12/138.
Postanowienie SN z 27.01.1979 r., IV KZ 207/78, OSNKG 1979/5/60.
Postanowienie SN z 04.10.2007 r., V KK 154/07, OSNwSK 2007/1/2176.
Postanowienie SN z 01.10.2004 r., III KK 28/04, LEX nr 126705.
Postanowienie SN z 13.12.1985 r., I KZ 231/85, OSNKG 1986/9-10/82.
Postanowienie SN z 21.01.2000 r., II CKN 696/98, LEX nr 530735.
Postanowienie SN z 30.04.1976 r., III CRN 25/76, OSP 1977/4/78.
Postanowienie SN z 20.07.1977 r., V KZ 54/77, OSNKG 1977/9/108.
Postanowienie SN z 03.11.1999 r., V KKN 421/99, Prok. i Pr. 2000/2/4.

Postanowienie SN z 04.11.2002 r., III KKN 269/01, LEX nr 56868.

Postanowienie SN z 03.07.2003 r., II KK 138/03, OSNwSK 2003/1/1460.

Postanowienie SN z 01.06.2006 r., III KK 49/06, LEX nr 186946.

Postanowienie SN z 18.06.1996 r., V KKN 35/96, OSN Prok. i Pr. 1997/2/4.

Postanowienie SN z 2.09.2003 r., IV KK 288/03, LEX nr 81208.

Postanowienie SN z 31.03.2005 r., IV KK 45/05, LEX nr 147124.

Postanowienie SN z 15.03.2000 r., V KKN 3/00, LEX nr 50996.

Postanowienie SN z 25.02.2009 r., I KZP 37/08, OSNKW 2009/4/28.

Postanowienie SN z 25.02.2009 r., I KZP 38/08, OSNKW 2009/4/29.

Postanowienie SN z 25.06.1985 r., III CRN 181/85, LEX nr 83802.

Postanowienie SN z 18.02.2009 r., IV KK 306/08, Biul. PK 2009/5/32.

Postanowienie SN z 07.03.2008 r., V KK 355/07, LEX nr 370303.

Postanowienie SN z 23.11.2001 r., III KKN 109/99, LEX nr 51578.

Postanowienie SN z dnia 13.02.2001 r., II CKN 552/99, LEX nr 550941

Wyrok SA w Krakowie z 20.10.2009 r., II AKa 182/09, KZS 2009/12/60.

Wyrok SA w Katowicach z 14.01.2005 r., II AKa 109/05, LEX nr 156336.

Wyrok SA w Łodzi z 09.11.2006 r., II AKa 178/06, Prokuratura i Prawo-wkładka 2007/7-8/45.

Wyrok SA w Katowicach z 07.12.2006 r., II AKa 344/06, KZS 2007/5/77.

Wyrok SA w Krakowie z 11.06.1992 r., II KR 62/92, KZS 1992/3-9/97.

Wyrok SA w Szczecinie z 04.10.2006 r., II AKa 124/06, LEX nr 283387.

Wyrok SA we Wrocławiu z 15.03.2006 r., II AKa 35/06, LEX nr 181686.

Wyrok SA w Katowicach z 28.02.2006 r., II AKa 30/06, KZS 2006/7-8/142.

Wyrok SA w Białymstoku z 08.12.1994 r., I ACr 346/94, OSA 1995/6/42.

Wyrok SA w Krakowie z 28.02.2002 r., II Aka 2/02, KZS 2002/3/24.

Wyrok SA w Krakowie z 07.09.2005 r., II AKa 117/05, KZS 2005/10/24.

Wyrok SA w Krakowie z 14.10.2008 r., II AKa 133/08, KZS 2008/11/51.

Wyrok SA w Lublinie z 20.10.2009 r., II AKa 201/09, KZS 2010/1/47.

Wyrok SA w Szczecinie z 04.10.2006 r., II AKa 127/06, LEX nr 283389.

Wyrok SA w Białymstoku z 23.02.1995 r., I ACr 33/95, OSA 1997/4/15.

Wyrok SA we Wrocławiu z 09.09.2009 r., II AKa 28/09, LEX nr 534429.

Wyrok SA w Katowicach z 14.01.2005 r., II AKa 109/05, LEX nr 156336.

Wyrok SA w Lublinie, II AKa 176/09, LEX nr 550490.

Wyrok SA w Katowicach z 17.04.2008 r., II AKa 78/08, LEX nr 399953.

Wyrok SA w Gdańsku z 29.03.2001 r., II AKa 82/01, KZS 2002/2/48.

Wyrok SA w Łodzi z 08.01.2008 r., II AKa 243/07, KZS 2009/5/54.

Wyrok SA w Katowicach z 18.07.2003 r., I ACa 1652/02, LEX nr 106891.

Wyrok SA w Szczecinie z 04.02.2009 r., II AKa 3/09, LEX nr 508306.

Wyrok SA w Krakowie z 27.09.2001 r., II AKa 212/01, KZS 2001/10/21.

Wyrok SA w Gdańsku z 09.09.2009 r., II AKa 149/09, POSAG 2010/1/181.

Postanowienie SA we Wrocławiu, z 20.01.1998 r., II AKz 7/98, OSA 1998/5/24.

Postanowienie SA w Warszawie z 09.01.2007 r., II AKz 700/06, Apel.-W-wa 2007/1/85.

Postanowienie SA w Krakowie z 27.06.2006 r., II AKzw 403/06, KZS 2006/7-8/105.

Postanowienie SA w Lublinie z 14.11.2008 r., II AKz 544/08, LEX nr 477844.

Postanowienie SA w Krakowie z dnia 14.10.1992 r., II AKz 218/92, KZS 1992/10/19.

Postanowienie SA we Wrocławiu z 02.12.2002 r., II AKz 573/02, OSA 2003/2/12.

Postanowienie SA w Katowicach z 18.04.2001 r., II AKz 180/01, OSA 2001/10/64.

Postanowienie SA w Krakowie z 07.12.2004 r., II AKzw 784/04, KZS 2004/12/24.

Postanowienie SA w Krakowie z 06.12.2000 r., II AKz 460/00, KZS 2000/12/26.

WYKAZ TABEL

Tabela 1. 1.	Częstość występowania schizofrenii wśród krewnych różnego stopnia
Tabela 1.2.	Częstość występowania schizofrenii w określonych populacjach
Tabela 1.3.	Odsetki wyleczeń na podstawie badań katamnesticznych z okresu od 1881 r. do dziś, na podstawie zestawienia wg Warnera, w uproszczeniu
Tabela 3.1.	Czynniki wpływające na obraz pisma ręcznego
Tabela 3.2.	Strukturalne, funkcjonalne i neuropsychologiczne korelaty trzech zespołów schizofrenicznych (wg Liddle'a 1996)
Tabela 3.3.	Wybrane działania niepożądane często stosowanych leków przeciwpsychotycznych
Tabela 4.1.	Dane osób ze schizofrenią, biorących udział w badaniu
Tabela 4.2.	Dane osób zdrowych psychicznie, biorących udział w badaniu
Tabela 5.1.	Nachylenie pisma
Tabela 5.2.	Wysokość pisma
Tabela 5.3.	Szerokość pisma
Tabela 5.4.	Długość majuskuł
Tabela 5.5.	Długość trzonów nadlinijnych
Tabela 5.6.	Długość trzonów podlinijnych
Tabela 5.7.	Nachylenie linii wiersza
Tabela 5.8.	Kształt linii wiersza
Tabela 5.9.	Nachylenie górnej linii wyrazu
Tabela 5.10.	Nachylenie dolnej linii wyrazu
Tabela 5.11.	Kształt górnej linii wyrazu
Tabela 5.12.	Kształt dolnej linii wyrazu
Tabela 5.13.	Odstępy między wyrazami
Tabela 5.14.	Odstępy między wierszami
Tabela 5.15.1.	Rozpoczęcie kreślenia owalu „a”
Tabela 5.15.2.	Zakończenie kreślenia owalu „a”

Tabela 5.15.3.	Otwarcie owalu „a”
Tabela 5.16.1.	Rozpoczęcie kreślenia owalu „d”
Tabela 5.16.2.	Zakończenie kreślenia owalu „d”
Tabela 5.16.3.	Otwarcie owalu „d”
Tabela 5.17.1.	Rozpoczęcie kreślenia owalu „o”
Tabela 5.17.2.	Zakończenie kreślenia owalu „o”
Tabela 5.17.3.	Otwarcie owalu „o”
Tabela 5.18.	Modelunek trzonów – kształt drzewca „b”
Tabela 5.19.	Modelunek trzonów – kształt drzewca „d”
Tabela 5.20.	Modelunek trzonów – kształt drzewca „k”
Tabela 5.21.	Modelunek trzonów – kształt drzewca „l”
Tabela 5.22.	Modelunek trzonów – kształt nóżki „j”
Tabela 5.23.	Modelunek trzonów – kształt nóżki „y”
Tabela 5.24.	Modelunek poligramm „m”
Tabela 5.25.	Modelunek poligramm „n”
Tabela 5.26.	Modelunek poligramm „w”
Tabela 5.27.1.	Modelunek wiązań „m” – wejściowy
Tabela 5.27.2.	Modelunek wiązań „m” – wyjściowy
Tabela 5.28.1.	Modelunek wiązań „n” – wejściowy
Tabela 5.28.2.	Modelunek wiązań „n” – wyjściowy
Tabela 5.29.1.	Modelunek wiązań „w” – wejściowy
Tabela 5.29.2.	Modelunek wiązań „w” – wyjściowy
Tabela 5.30.	Modelunek wiązań „y” – wejściowy
Tabela 5.31.	Modelunek wiązań „p” – wyjściowy
Tabela 5.32.1.	Modelunek znaków diakrytycznych „i” usytuowanie wobec osi litery
Tabela 5.32.2.	Modelunek znaków diakrytycznych „i” – kształt znaku
Tabela 5.33.1.	Modelunek znaków diakrytycznych „j” – usytuowanie wobec litery
Tabela 5.33.2.	Modelunek znaków diakrytycznych „j” – kształt znaku
Tabela 5.34.1.	Modelunek znaków diakrytycznych „l” – powiązanie z trzonem

Tabela 5.34.2.	Modelunek znaków diakrytycznych „l” – kształt kreski
Tabela 5.34.3.	Modelunek znaków diakrytycznych „l” – wysokość usytuowania znaku
Tabela 5.35.1.	Modelunek znaków diakrytycznych „t” – powiązanie z trzonem
Tabela 5.35.2.	Modelunek znaków diakrytycznych „t” – kształt kreski
Tabela 5.36.	Modelunek znaków diakrytycznych „a”
Tabela 5.37.	Modelunek znaków diakrytycznych „e”
Tabela 5.38.	Impuls pisma
Tabela 5.39.	Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „l”
Tabela 5.40.	Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „t”
Tabela 5.41.	Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „a”
Tabela 5.42.	Przerwa po nakreśleniu litery ze znakiem diakrytycznym „e”
Tabela 6.1.	Cechy pisma ręcznego schizofreników
Tabela 6.2.	Cechy pisma ręcznego osób bez psychozy
Tabela 6.3.	Wykluczanie się cech pisma ręcznego osób ze schizofrenią i osób zdrowych
Tabela 6.4.	Nasycenie prób pisma grupy badanej cechami z katalogu schizofreników
Tabela 6.5.	Nasycenie prób pisma grupy kontrolnej cechami z katalogu schizofreników
Tabela 6.6.	Zbiorcze zestawienie nasycenia badanych rękopisów cechami z ustalonego katalogu schizofreników
Tabela 6.7.	Ilość zmiennych z ustalonego katalogu schizofreników, występująca w grupie badanej i kontrolnej
Tabela 6.8.	Tabela kontyngencji – występowanie co najmniej jednej cechy z ustalonego katalogu schizofreników, traktowanego jako test diagnostyczny
Tabela 6.9.	Wiarygodność diagnostyczna ustalonego katalogu cech pisma ręcznego schizofreników

Aneks

Proband nr 1 - grupa badana	
Wiek:	55
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	technolog obuwnictwa
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 2 - grupa badana	
Wiek:	55
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	cieśla
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 3 - grupa badana	
Wiek:	51
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	kierowca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 4 - grupa badana	
Wiek:	29
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	hydraulik
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 5 - grupa badana	
Wiek:	37
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	muzyk wiolonczelista
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 6 - grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	szewc
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.3 (schizofrenia niezróżnicowana)

Proband nr 7 - grupa badana	
Wiek:	46
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	muzyk
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.3 (schizofrenia niezróżnicowana)

Proband nr 8 - grupa badana	
Wiek:	30
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technolog żywienia zbiorowego
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 9 - grupa badana	
Wiek:	55
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	mechanik maszyn okrętowych
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 10 – grupa badana	
Wiek:	51
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	murarz
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Probant nr 11 – grupa badana	
Wiek:	39
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	ślusarz
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Probant nr 12 – grupa badana	
Wiek:	45
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technik chemik
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Probant nr 13 – grupa badana	
Wiek:	34
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technik mechanik
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 14 - grupa badana	
Wiek:	48
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	mechanik maszyn okrętowych
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 15 – grupa badana	
Wiek:	43
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	kierowca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 16 – grupa badana	
Wiek:	45
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technik chemii
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Probant nr 17 – grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ogrodnik
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 18 – grupa badana	
Wiek:	45
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	sprzedawca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 19 - grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technik automatyk
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Probant nr 20 – grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	sprzedawca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 21 – grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	sprzedawca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 22 - grupa badana	
Wiek:	37
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	kucharz
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 23 – grupa badana	
Wiek:	44
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	fakturzystka
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 24 – grupa badana	
Wiek:	41
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	ekonomista
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Probant nr 25 – grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	kierowca wózków widłowych
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 26 – grupa badana	
Wiek:	46
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	sprzątaczką
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 27 – grupa badana	
Wiek:	31
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	sprzedawca
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Probant nr 28 – grupa badana	
Wiek:	47
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	krawcowa
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.6 (schizofrenia prosta)

Proband nr 29 – grupa badana	
Wiek:	48
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	ogrodnik
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 30 - grupa badana	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ekonomista
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10):	F20.0 (schizofrenia paranoidalna)

Proband nr 1 - grupa kontrolna	
Wiek:	55
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	elektromonter

Proband nr 2 - grupa kontrolna	
Wiek:	53
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	elektryk

Proband nr 3 - grupa kontrolna	
Wiek:	51
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	elektromechnik

Proband nr 4 - grupa kontrolna	
Wiek:	52
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	elektryk

Probant nr 5 - grupa kontrolna	
Wiek:	50
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	konserwator urządzeń dźwigowych

Proband nr 6 - grupa kontrolna	
Wiek:	50
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ślusarz

Proband nr 7 - grupa kontrolna

Wiek:	47
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	konserwator dźwigów

Proband nr 8 - grupa kontrolna

Wiek:	45
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	konserwator

Proband nr 9 - grupa kontrolna	
Wiek:	30
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	technik chemii

Probant nr 10 - grupa kontrolna	
Wiek:	45
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	ekonomista

Probant nr 11 – grupa kontrolna	
Wiek:	35
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	urzędnik

Probant nr 12 – grupa kontrolna	
Wiek:	44
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	urzędnik

Probant nr 13 – grupa kontrolna	
Wiek:	52
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	własna działalność

Probant nr 14 - grupa kontrolna	
Wiek:	45
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	specjalista ds. ubezpieczeń

Probant nr 15 – grupa kontrolna	
Wiek:	54
Płeć:	mężczyzna
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	marynarz

Probant nr 16 – grupa kontrolna	
Wiek:	50
Płeć:	kobietaa
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	magazynier

Probant nr 17 – grupa kontrolna	
Wiek:	34
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	ekonomista

Probant nr 18 - grupa kontrolna	
Wiek:	48
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	urzędnik

Proband nr 19 – grupa kontrolna	
Wiek:	30
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	pracownik biurowy

Probant nr 20 – grupa kontrolna	
Wiek:	40
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ekonomista

Proband nr 21 – grupa kontrolna	
Wiek:	52
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	specjalista ds. operacji pieniężnych

Probant nr 22 - grupa kontrolna	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ekonomista

Proband nr 23 - grupa kontrolna	
Wiek:	47
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	fakturzystka

Proband nr 24 – grupa kontrolna	
Wiek:	50
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	urzędnik

Probant nr 25 - grupa kontrolna	
Wiek:	38
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	sprzedawca

Proband nr 26 – grupa kontrolna	
Wiek:	39
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	ekonomista

Probant nr 27 – grupa kontrolna	
Wiek:	38
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	nauczyciel

Proband nr 28 – grupa kontrolna	
Wiek:	34
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	wyższe
Zawód wykonywany:	urzędnik

Proband nr 29 – grupa kontrolna	
Wiek:	48
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	zasadnicze zawodowe
Zawód wykonywany:	przedszkolanka

Probant nr 30 – grupa kontrolna	
Wiek:	45
Płeć:	kobieta
Wykształcenie:	średnie
Zawód wykonywany:	asystentka